FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

481

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1904, à 1 heure

Par ALBERT BELGRAND

Né à Magneux (Haute-Marne), le 12 février 1874
Ancien interne des hôpitaux

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

SUR LA

TUBERCULOSE CHIRURGICALE

DE LA RÉGION ILÉO-CÆCALE

Président : M. TILLAUX, *professeur*.
Juges : MM. TUFFIER, *professeur*
LEJARS, } *agrégés*.
LEGUEU, }

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Professeurs..... MM.

Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGUEU.	TEISSIER.
AUVRAY	FAURE.	LEPAGE.	THIÉRY.
BEZANÇON.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (Aug.).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA (André).	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	REMY.	WALTHER.
CUNÉO.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DESGREZ.	LEGRY.	RIEFFEL. *Chef des travaux anatomiques*	

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA TANTE ANDOUARD

Témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE

M. Le Professeur TILLAUX

PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a bien voulu me faire l'honneur de présider cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1892-93.

M. Le Professeur JACCOUD

M. Le Docteur FERRAND

(in memoriam).

1893-94.

M. Le Professeur RECLUS

M. Le Professeur-Agrégé HANOT

(in memoriam).

Stage, 1894-95.

M. Le Professeur-Agrégé RENDU

(in memoriam).

M. Le Professeur-Agrégé QUÉNU

M. Le Professeur-Agrégé SEBILEAU, *assistant.*

Externat, 1897-98.

M. Le Docteur VARIOT

M. Le Docteur TRIBOULET, *suppléant.*

1898-99.

M. Le Professeur-Agrégé MONOD

M. Le Docteur ARROU, *assistant.*

Internat, 1899-1900.

M. Le Docteur POTHERAT

M. Le Docteur SOULIGOUX, *suppléant.*

1900-01.

M. Le Docteur GUINARD

M. Le Professeur-Agrégé DELBET

M. Le Professeur-Agrégé MAUCLAIRE, *suppléant*

1901-02.

M. Le Professeur TILLAUX

M. Le Professeur-Agrégé J.-L. FAURE, *suppléant.*

1902-03.

M. Le Professeur-Agrégé MONOD

M. Le Docteur ARROU, *assistant.*

1904.

M. Le Docteur BOISSARD

INTRODUCTION

Pendant notre quatrième année d'internat, à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de tuberculose hypertrophique de la région iléo-cæcale, qui fut diagnostiqué et opéré, par notre maître, M. le Dr Arrou. C'est sur ses conseils que nous avons choisi l'étude de la tuberculose de la région iléo-cæcale comme sujet de notre thèse.

Rompant avec la tradition, nous avons résolu de ne pas écrire ici l'historique de la question ; mais, au cours de notre travail, nous citerons les auteurs qui ont le plus contribué à la connaissance de tel ou tel point particulier.

Nous devons, avant d'aller plus loin, définir la région iléo-cæcale, région anatomique sans limites nettes et précises. Pour nous, la région iléo-cæcale comprendra le cæcum avec la plus grande partie du côlon ascendant, l'appendice, les derniers centimètres de l'iléon (10 à 15), la valvule de Bauhin, les ganglions lymphatiques cæcaux antérieurs, postérieurs et de l'angle iléo-cæcal.

Voulant d'une part, limiter notre sujet; convaincu d'autre part, que l'étude minutieuse et raisonnée des symptômes doit servir de base à toute thérapeutique, nous ne retiendrons que le traitement des affections tuberculeuses de la région ilio-cæcale que nous ferons précéder d'une étude clinique.

Notre thèse se trouvera naturellement divisée en trois parties :

Une première traitera des diverses formes cliniques de la tuberculose iléo-cæcale.

Une deuxième sera consacrée à leur diagnostic.

Enfin, en troisième lieu, nous chercherons quel est le meilleur mode de traitement à leur opposer.

Nous avons choisi, parmi les nombreuses observations qui nous ont servi à la rédaction de ces différents chapitres, celles qui ont fixé davantage notre attention ; nous les publions en y ajoutant une observation personnelle, celle du malade opéré par M. Arrou et une observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Robineau ; nous lui adressons nos remercîments.

FORMES CLINIQUES

I

§ 1. — Tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique (tumeur cæcale tuberculeuse, tuberculome iléo-cæcal).

La forme clinique de tuberculose cæcale que nous étudions dans ce chapitre correspond anatomiquement à la tuberculose hypertrophique fibro-adipeuse de la région iléo-cæcale.

Elle a été décrite sous des noms différents, « typhlite tuberculeuse chronique et tuberculose cæcale », par Hartmann et Pilliet, tuberculose iléo-cæcale chronique.

Voulant montrer toute l'importance que nous attachons à la présence de la tumeur qui dans cette forme, ne manque jamais, nous l'appellerons tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique, tumeur cæcale tuberculeuse, ou encore avec M. le professeur Dieulafoy, tuberculome iléo-cæcal.

Rarement la tumeur apparaît comme le premier symptôme. C'est alors une surprise pour le clinicien qui la découvre au cours d'une exploration abdominale commandée seulement par des signes vagues de mauvais fonctionnement du tube intestinal, ou par un amaigrissement, une perte de forces restés inexplicables après l'examen des autres grands appareils.

Le plus souvent, pendant une longue période qui peut

s'étendre à plusieurs années, le malade souffre de troubles intestinaux variés, d'alternatives de *constipation* et de *diarrhée*, de douleurs dans la fosse iliaque droite. C'est la période initiale, de début.

PREMIÈRE PÉRIODE. — **Troubles fonctionnels.**

Le tuberculome iléo-cæcal est souvent *primitif*, c'est-à-dire apparaît chez des sujets n'ayant présenté jusque là aucune manifestation tuberculeuse. Cependant il n'est pas rare de voir la tumeur cæcale tuberculeuse succéder à d'autres localisations de la tuberculose.

Benoît (thèse de Paris, 1893) cite la coexistence de la tuberculose pulmonaire dans le sixième des cas ; d'autre part, la lecture des observations montre chez ces malades des écrouelles, une tumeur blanche, une coxalgie, une suppuration chronique de l'oreille pendant l'enfance et plus tard des pleurésies, des bronchites à répétition, etc.

La gastro-entérite, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la diarrhée des pays chauds, le choléra sont aussi notés dans les antécédents morbides.

Durant cette première période, les **Douleurs** ne font pour ainsi dire jamais défaut. Quelquefois vagues, mal définies, le malade se plaint d'une gêne, d'une pesanteur, d'un endolorissement généralisé à presque tout l'abdomen. Mais bientôt elles se localisent dans la fosse iliaque droite pour affecter tantôt la forme de picotements, de tiraillements, et plus souvent celle de véritables coliques survenant par crises.

Ces crises apparaissent parfois sans cause appréciable, mais certains malades accusent un mouvement forcé, un

effort, un coup (Broca), d'autres une longue marche, le froid humide, ou encore une période de constipation.

Elles se succèdent sans aucun ordre, à quelques jours, quelques mois d'intervalle, ou au contraire marquent une certaine régularité dans leur apparition : chez une malade de Roux (1), elles étaient périodiques et revenaient deux fois l'an, au printemps et en automne. Chez la malade de Robineau (observation inédite) les crises se reproduisaient tous les mois, au moment des règles.

L'intensité de la douleur est variable. Certains malades, par exception, ne sont pas obligés de s'aliter et continuent leur travail. Le plus souvent, les douleurs sont très aiguës, violentes. Dans un cas, de M. le professeur Dieulafoy, elles rappelaient « les douleurs de l'accouchement ». Le petit malade de Nové-Josserand souffrait avec une telle intensité, qu'une injection de morphine, renouvelée chaque jour, suffisait à peine à l'empêcher de crier. Une malade de Roux comparaît ses douleurs à des « tortillées horribles ».

Toute la fosse iliaque droite est douloureuse. De la région iléo-cæcale, la douleur irradie parfois à l'hypogastre, à l'épigastre, à l'ombilic, à la cuisse droite (Bouilly, Tédenat), à la hanche droite et au membre inférieur droit (Sachs). Dans un cas d'Ewald, elle descendait le trajet du côlon jusqu'à l'anse sigmoïde.

A ce moment la palpation de la fosse iliaque permet parfois de constater une contracture des muscles de la paroi ; elle est toujours une cause d'exacerbation de la douleur. L'ingestion des aliments est par contre, habituel-

(1) In *Revue médicale de la Suisse romande*, 1891, p. 688.

lement sans effet sur ces crises douloureuses ; cependant on a signalé plusieurs cas où elles étaient augmentées après les repas (Broca). Dans l'observation de Mouchet, le malade ne s'alimentait plus, tellement il redoutait l'exacerbation douloureuse qui succédait à l'ingestion d'aliments.

La durée de la crise est variable, de quelques heures à plusieurs jours. Dans de rares observations, les crises étaient subintrantes, ne laissant aucun répit au malade. Après leur disparition, il persiste souvent un endolorissement de la fosse iliaque droite.

La **Constipation** est de règle pendant la crise. Les parois cæcales déjà hypertrophiées gênent le cours des matières. Le ventre se ballonne ; les anses intestinales font saillie sous la paroi, les mouvements péristaltiques sont visibles. Puis, à un moment donné, sous l'influence des contractions intestinales, ou parfois grâce à l'administration opportune d'un purgatif, d'un lavement, l'obstacle est franchi, les douleurs cessent, une débâcle apparaît et il n'est pas rare de voir pendant les jours qui suivent une diarrhée due à l'irritation intestinale par stase des matières. Mais cette diarrhée est de courte durée et ne ressemble en rien à la diarrhée vraie de l'entérite tuberculeuse, elle n'en a pas la longueur désespérante.

Cependant, il existe des observations où la constipation fit toujours défaut. La **Diarrhée** seule accompagnait les douleurs. Chez un malade de M. le professeur Dieulafoy, elle fut pendant la période de début le symptôme dominant : elle n'avait d'ailleurs aucun signe caractéristique. Dans le cas de Mouchet, sans période de constipation

préalable, on notait une diarrhée qui durait de trois à cinq jours et qui devint bientôt presque constante. Dans une autre observation, nous voyons que la diarrhée est signalée comme symptôme dominant durant quatre années.

Les **Selles** même diarrhéiques, n'ont habituellement aucun caractère spécial. Rarement elles contiennent du pus et des glaires (I obs. de Tédenat), des fausses membranes (I obs. de Ricard), du mucus (I obs. de Suchier), de la « râclure de noyaux » (I obs. de Roux). Par contre, la présence du sang est assez souvent notée : tantôt il s'agit d'un sang rouge qui sortait de l'anus dès les premiers efforts de défécation (Tuffier), tantôt les selles sont simplement sanguinolentes (Gussembauer, Pilliet et Thiéry, Tédenat), ou encore on se trouve en présence de sang digéré, de melœna : les selles sont alors noirâtres (Mouchet), mélangées de matières noires analogues à des grains de café (Bazy), à de la suie.

Comme autres troubles digestifs, il nous reste à signaler la perte ou la diminution de l'appétit (pas constante), les nausées et les vomissements surtout fréquents pendant les crises douloureuses, s'accompagnant parfois de syncopes (cas de Routier), ou de collapsus (cas de Czerny).

L'état général du sujet n'est habituellement pas atteint ; toutefois, à la fin de cette première période on peut déjà constater un peu d'amaigrissement, de perte des forces, un léger mouvement fébrile le soir, des sueurs nocturnes.

Il nous faut avouer que pendant toute cette phase de début, les symptômes sont si peu nets qu'il nous est presque toujours impossible de formuler un diagnostic. Néan-

moins la prédominance de la douleur dans la fosse iliaque droite, les alternatives de constipation et de diarrhée, les ballonnements du ventre peuvent nous amener à penser qu un obstacle au cours des matières siège sur le tube intestinal, et plus particulièrement à la région iléo-cæcale, point maximum de la douleur. Bientôt l'apparition d'une tumeur vient lever les doutes et préciser le diagnostic.

DEUXIÈME PÉRIODE. — **Tumeur.**

C'est la véritable période chirurgicale, car, durant la période de début, le malade reste presque toujours entre les mains du médecin.

Signes physiques.

Inspection. — L'inspection est le plus souvent négative. L'abdomen apparaît rarement rétracté (Broca), mais modérément distendu, météorisé. Dans un cas de Sachs les anses intestinales se dessinaient nettement, animées par instants de contractions péristaltiques.

La grande maigreur du sujet, le volume énorme de la tumeur seuls permettent d'observer au niveau de la fosse iliaque droite, une voussure, une saillie formées par cette tumeur. C'est ainsi que dans une observation de Tédenat une grosse tumeur ovoïde était perceptible à la vue à travers la paroi. Dans un autre cas, de Roux, chez une femme maigre, une voussure s'étendait du ligament de Poupart à l'ombilic. A cette période, il n'existe pas encore d'orifices fistuleux.

Palper. — Pour pratiquer commodément le palper, il faut avoir soin de vider l'intestin la veille de l'examen par un purgatif ou un lavement.

Le chirurgien doit aussi faire relâcher les muscles de la paroi abdominale, en donnant au malade une position convenable : le plus souvent, il sera couché sur le dos, les reins reposant sur le matelas, la tête basse, les cuisses à demi-fléchies, la bouche ouverte, respirant largement. Pourtant M. le professeur Guyon recommande que les cuisses soient étendues, leur flexion occasionnant un éveil musculaire qui peut gêner la palpation.

De son côté, le chirurgien, ayant les mains à une température suffisante, se placera à la droite du malade et explorera successivement toutes les régions de l'abdomen.

Généralement la pression exercée pendant le palper ne sera pas douloureuse, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où elle réveille une douleur d'une certaine acuité, qui disparaît d'habitude sitôt que le contact avec la paroi cesse, mais qui peut cependant persister après le retrait des mains.

Dans la région douloureuse, on découvre la tumeur.

« Pour bien en avoir le relief, nous conseillons d'enserrer le flanc droit de la main gauche, la pouce en avant et les doigts en arrière, pendant que la main droite va à la recherche du cæcum. Celui-ci sans issue du côté de l'hypochondre, se trouve emprisonné dans la fosse iliaque. »

Cette manœuvre, de Sigaud (de Lyon), nous permettra d'étudier ses divers caractères, son siège exact, sa forme, son volume, son aspect extérieur, sa consistance, sa mobilité, ses relations avec la paroi abdominale antérieure et la profondeur.

Siège. — Le cæcum occupant normalement la partie moyenne de la fosse iliaque, le tuberculome aura le même

siège. Le pôle inférieur de la tumeur atteindra rarement l'arcade de Fallope dont il restera distant de quelques centimètres, deux travers de doigt ; son bord externe sera distant également de deux travers de doigt de la crête iliaque ; son bord interne affleurera le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen ; quant au pôle supérieur, suivant le volume de la tumeur, il se rapprochera plus ou moins du rebord costal droit. Avec une très grosse tumeur ou encore une tumeur ayant envahi le côlon ascendant, il pourra même disparaître, caché sous les fausses côtes.

Mais, à côté de cette position normale, où le cæcum occupe la fosse iliaque droite, les recherches de Legueu, de Tuffier et Jeanne, celles plus récentes d'Alglave ont montré qu'il existait plusieurs autres positions typiques du segment iléo-cæcal, que l'on peut, pour plus de commodité, ramener à deux : 1° une position haute, élevée, lombaire « dans laquelle le segment iléo-cæcal est situé au-dessus de la fosse iliaque interne, à la partie inférieure de la région lombaire » et une deuxième position, basse, inférieure, pelvienne, celle où il est au-dessous de la « fosse iliaque, à l'entrée de la cavité pelvienne ». Que la tuberculose se développe sur un de ces cæcums placés en position haute, lombaire ou basse, pelvienne et nous aurons des rapports différents. Dans le premier cas, le pôle inférieur de la tumeur s'éloignera de l'arcade de Fallope ; ainsi, chez la malade de Broca, la tumeur était accessible à la palpation, au niveau de la partie supérieure et externe de la fosse iliaque, à deux centimètres en dehors et au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; la tu-

méfaction remontait vers l'hypochondre où elle se perdait sans limites nettes. Dans le second cas, au contraire, le pôle inférieur s'approchera de l'arcade de Fallope, gagnera ou dépassera la ligne innominée, devenant, de ce fait, accessible par le toucher vaginal ou rectal : chez un malade de Sachs, la main allant dans la profondeur, au-dessus du ligament de Poupart, sentait une résistance très sensible qui se laissait poursuivre jusque dans le petit bassin. Czerny cite un cas analogue.

Enfin, le cæcum peut occuper des situations tout à fait atypiques, derrière la vessie (Tuffier et Jeanne), dans la cavité de Douglas (Engel, Legueu), dans le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin (Terrier), entre le côté droit du foie et le diaphragme (Engel), à gauche de la ligne médiane (Michel, Alglave), au voisinage de l'ombilic (Tuffier et Jeanne, Engel). Ces faits expliquent le siège parfois anormal de la tumeur : chez le petit malade de Nové-Josserand elle était située dans la région sus-ombilicale, à peu près sur la ligne médiane. Dans un cas de Roux, elle siégeait entre l'ombilic et le bord costal droit, donnant l'impression d'un squirrhe qui infiltrerait la grande courbure.

Disons en terminant cette question de siège, que la tumeur, qui habituellement ne dépasse pas le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, peut dans certains cas aller au delà : dans une observation de Tédenat, elle n'atteignait pas tout à fait la ligne médiane ; dans une seconde, la tumeur qui remontait au niveau de l'ombilic atteignait la ligne médiane ; dans une troisième, la ligne blanche était également atteinte à deux doigts au-dessous

de l'ombilic. Il en était de même dans un cas de Roux (de Lausanne).

Forme. — La forme est celle d'un boudin allongé verticalement dans la direction du côlon ascendant. Mais cette forme de boudin vertical est loin d'être constante. Ainsi chez un malade de Nové-Josserand, le boudin était allongé dans le sens transversal. D'autres fois la forme est arrondie, ovale, piriforme, comme dans le cas de M. le professeur Dieulafoy où la tumeur avait sa grosse extrémité dirigée en bas, du côté de l'arcade crurale.

Volume. — Le volume de la tumeur n'est pas moins variable. On a trouvé toutes les dimensions et employé maintes compáraisons pour évaluer approximativement sa grosseur : tantôt comparable à un œuf de poule, une mandarine, une orange, un poing d'enfant, un poing d'adulte, un poignet de femme (Broca), une tête de fœtus.

Aspect extérieur : consistance. — La surface est rarement lisse, unie, mais le plus souvent bosselée, irrégulière, inégale. La consistance en est ferme, dure, élastique (Czerny).

Connexions. — Le palper permet enfin de se rendre compte des connexions de la tumeur.

La paroi abdominale antérieure ne lui adhère presque jamais ; elle glisse au contraire facilement au devant d'elle. Presque toujours il existe de petits mouvements de latéralité de droite à gauche : exceptionnellement le déplacement atteint une largeur de main (Czerny).

Les mouvements de haut en bas sont moins fréquents que les mouvements de latéralité. Enfin, il est signalé dans quelques observations, que la tumeur suivait les

mouvements respiratoires, descendant pendant l'inspiration, pour remonter pendant l'expiration. A titre de curiosité, citons un cas de R. Marie où la tumeur était si mobile dans tous les sens qu'on pensa à une tumeur de l'intestin grêle et un autre de Pilliet et Thiéry où, au contraire, elle présentait une fixité si considérable qu'on put croire à un fibrome de la paroi ou à un ostéome iliaque.

Signalons enfin une manœuvre qui réussit quelquefois ; lorsque la tumeur n'est pas en contact direct avec le ligament de Poupart, qu'elle jouit d'une certaine mobilité, l'extrémité des doigts insinuée progressivement entre la paroi abdominale et son pôle inférieur, permet de la soulever, de la faire ballotter.

Percussion. — La percussion nous donnera aussi quelques renseignements, mais beaucoup moins importants que ceux fournis par le palper.

Le centre de la tumeur est presque toujours mat, entouré d'une zone de submatité, puis de sonorité.

Une percussion superficielle pourra révéler de la sonorité, alors qu'une percussion plus profonde rendra de la submatité. D'autres fois, la tumeur est sonore dans toute son étendue. Tédenat a même signalé dans un cas, une sonorité skodique.

Ces différences tiennent à l'épaisseur de la paroi cæcale, au contenu de sa cavité (gaz, matières), à sa vacuité, au contact direct de la tumeur avec la paroi abdominale antérieure, ou au contraire à la présence d'anses grêles interposées entre la tumeur et la paroi.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal sera pratiqué. Dans plusieurs observations (Tuffier, Roux, Czerny), la

tumeur, indépendante de l'utérus était accessible en refoulant assez haut le cul-de-sac latéral droit. Par le toucher vaginal on constatera encore l'intégrité des annexes.

Toucher rectal. — Par le toucher rectal, on atteindra rarement la tumeur. Czerny signale pourtant un cas où cette constatation put être faite. En revanche, chez l'homme, il donnera des indications sur le volume de la prostate et surtout la présence à ce niveau de petits foyers tuberculeux.

Dans l'aine droite on rencontrera parfois les ganglions lymphatiques plus gros que ceux du côté opposé.

Tuberculine de Koch et séro-diagnostic. — Il nous reste maintenant à parler de deux méthodes d'investigations qui permettent de préciser la nature d'une tumeur de la région iléo-cæcale. Le premier procédé, actuellement relégué dans le domaine de l'expérimentation et celui de la médecine vétérinaire, a été employé dans un cas de tuberculome cæcal par Billroth : en injectant une solution de tuberculine de Koch, on peut affirmer la nature tuberculeuse de la tumeur, si dans les heures qui suivent l'injection, la température du malade atteint 39 ou 40°. Ce procédé n'étant pas exempt d'inconvénients — aggravation et extension des lésions tuberculeuses préexistantes, éclosion d'une granulie — a dû être abandonné.

Le second procédé, celui-là inoffensif, est dû à MM. Arloing et Courmont. On se procure une culture homogène de bacilles de Koch en milieu liquide et du sérum sanguin que l'on prélève aisément sur le sujet à l'aide d'une ventouse scarifiée. On mélange cinq gouttes de la culture avec une goutte de sérum. Si, après un temps variable (d'une

à plusieurs heures après le mélange) le phénomène d'agglutination se produit, la tumeur est tuberculeuse (Dieulafoy, *Sem. médicale*, 8 octobre 1902).

Symptômes fonctionnels. — Ils sont les mêmes qu'à la période du début, mais souvent plus accentués. L'appétit est diminué. Quand il est conservé, il n'est pas rare d'observer du dégoût pour certains aliments déterminés, les graisses en particulier. Les digestions sont pénibles, longues. On note des nausées, des vomissements fréquents surtout pendant les crises douloureuses ou les périodes de constipation. La diarrhée peut s'installer avec ténacité. Par contre aussi, les malades restent fréquemment 6, 8, 10 jours sans aller à la garde-robe, mais on se trouve plutôt en présence d'obstruction intestinale que de l'occlusion vraie, si fréquente au cours du cancer de la valvule de Bauhin et du gros intestin ; les purgatifs, les lavements amènent toujours une débâcle. Bien rarement une opération d'urgence est pratiquée ; nous n'avons trouvé qu'une observation, de Körte, où il fallut intervenir dans ces conditions et encore chez son malade, il s'agissait plus d'une péritonite que d'une occlusion intestinale.

Symptômes généraux. — L'état général ne tarde pas à péricliter. L'amaigrissement se prononce, quelquefois très rapidement, dix-huit livres en un mois chez notre malade. Les forces diminuent ; le patient est obligé de quitter son travail et de garder le lit. Le teint est pâle. La fièvre vespérale, les sueurs nocturnes existent plus fréquentes qu'à la première période. L'examen des urines ne décèle ni sucre, ni albumine, mais on trouve assez fréquemment l'indican, indice de fermentations pathologiques au niveau de l'intestin.

Complications. — Nous avons vu que l'occlusion intestinale était exceptionnelle. Comme autres complications nous n'avons à signaler que deux cas d'invagination chronique : un de Barrow (1) ; un autre de Wiesinger (2). Un cas d'hydronéphrose par compression de l'uretère droit, Sachs (de Mulhouse) (3). La tumeur rénale disparut après l'ablation du tuberculome.

Si le malade n'est pas opéré, il peut succomber à la fin de cette période, un an, deux ans, cinq ans quelquefois davantage, après le début des accidents, cachectique du fait de sa tuberculose iléo-cæcale, ou d'une autre tuberculose concomitante, tuberculose pulmonaire le plus souvent.

TROISIÈME PÉRIODE. — **Abcès et fistules.**

Cette troisième période, période d'abcès et de fistules n'est pas constante, parce que, sitôt l'affection reconnue, la chirurgie intervient et en contrarie l'évolution naturelle.

Elle a souvent été décrite comme une variété clinique particulière, sous le nom de forme de *typhlite et d'appendicite*. Cependant, la lecture attentive des observations publiées ne permet pas de conserver cette dénomination. Les ressemblances avec l'appendicite ne sont qu'apparentes. Jamais on ne trouve signalé le syndrome appendiculaire au grand complet : début brusque, maximum de la douleur au point de Mac Burney, nausées, vomissements,

(1) BARROW, *Lancet London,* 1897, t. I.
(2) WIESINGER, *Münch. med. Woch.*, 1896.
(3) In *Archiv klin. für Chirurgie*, 1892.

contracture des muscles abdominaux, hyperesthésie cutanée. Jamais non plus on ne trouve les complications lointaines, à distance, de l'appendicite : abcès aréolaires du foie, pleurésies, parotidite, vomito negro. Jamais d'infection généralisée. Mais, autour de la tumeur cæcale, par migration des microbes à travers la paroi malade, ou encore par ramollissement et perforation de cette paroi, il peut se former des foyers péritonéaux enkystés, des phlegmons qui évoluent sous deux aspects différents, celui d'un abcès froid, celui d'un abcès chaud.

Dans le premier cas, sans grande réaction, sans élévation de température, avec un simple endolorissement ou quelques petits élancements au niveau de la fosse iliaque droite, on verra la tumeur augmenter de volume, ses limites devenir plus indécises, un empâtement bientôt fluctuant en remplacer la dureté, puis la peau adhérer, s'amincir, se perforer en donnant issue à du pus qui a les caractères du pus d'abcès froid. Le lendemain ou les jours suivants, les matières fécales apparaissent dans le pansement. Une fistule pyo-stercorale est formée.

Dans le second cas, la réaction péritonéale est plus accentuée. La douleur est vive, le ventre se ballonne ; il y a de la constipation, des vomissements, une température élevée. La cuisse se fléchit sur le bassin (1 obs. d'Albert, une seconde de Gnesda, une troisième de Marchand). En palpant la fosse iliaque droite, on sent dans la profondeur un plastron induré qui se ramollit très vite : la peau devient œdémateuse, rougit et si le chirurgien ne hâte pas le dénouement par une incision, elle ne tarde pas à s'ulcérer. Un flot de pus souvent accompagné de matières fécales

sort par l'ouverture spontanée ou artificielle. Une fistule pyo-stercorale s'est encore formée.

Le siège de l'orifice fistuleux est variable. Le plus souvent on le trouve au niveau de la fosse iliaque droite, un peu au-dessus de l'arcade crurale, mais on l'a vu aussi occuper une position plus insolite : la région lombaire (assez fréquemment), le voisinage de l'ombilic, le pourtour de l'anus.

L'examen bactériologique permet quelquefois de constater, au milieu des microbes vulgaires de la suppuration (staphylococcus, streptococcus, bactérium coli), le bacille de Koch.

Ce qui prouve que ces abcès et fistules ne sont pas l'apanage exclusif de la tuberculose ulcéro-caséeuse sans tumeur, mais peuvent survenir au cours et à la fin de l'évolution du tuberculome iléo-cæcal, c'est ce fait, que la collection ouverte, la tumeur réapparaît avec ses caractères antérieurs, ou encore qu'on la retrouve au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une autopsie. Nous en avons rencontré de nombreux exemples : dans un cas de Terrier (où une ulcération ressemblait à du sarcome ulcéré), on sentait une grosse tumeur. Dans un cas de Roux, la tumeur ne fut perceptible qu'après la narcose. Jamel et Tluyette, rapportant l'observation de Villeneuve (de Marseille), disent qu'avec une fistule pyo-stercorale de la fosse iliaque, le cæcum était volumineux, épaissi, lardacé, d'aspect presque cancéreux. Chez un malade de Körte, avec une fistule stercorale, on percevait une tumeur fortement gonflée de la région cæcale ; chez un autre de ses malades, porteur d'une fistule purulente, la palpation permettait de trouver une

tumeur en forme de boudin à laquelle conduisait la fistule. A l'examen de la pièce réséquée, les parois de l'intestin étaient épaisses, la valvule cæcale étranglée. La laparotomie fit voir à von Friedländer, au cours d'une intervention tentée contre une fistule pyo-stercorale, une tumeur inextirpable du cæcum, avec infiltration tuberculeuse du côlon ascendant. Gnesda, Ewald, Kundrat rapportent des cas semblables. Broca parle également d'une pièce présentant à noter un épaississement très remarquable des parois au niveau du cæcum. Enfin, à l'autopsie du malade de Marchand, on constata une perforation de la paroi postérieure du cæcum, arrondie, d'un demi-centimètre de diamètre. Les parois de l'intestin étaient épaissies et indurées comme si elles avaient été le siège d'une inflammation chronique. Ce malade avait présenté pendant la vie un volumineux abcès de la fosse iliaque droite.

Si cette évolution n'est pas plus souvent observée, c'est, comme nous l'avons dit, que la tumeur cæcale, reconnue à une période moins avancée, est extirpée par le chirurgien. Nous savons que l'on a cité des observations où abcès et fistules précédaient l'apparition de la tumeur (Körte, Czerny, Obalinski, Eiselsberg). Nous serions plutôt tenté de croire que, chez ces malades, le tuberculome cæcal ayant évolué sans symptômes fonctionnels, sans réaction aucune de l'organisme, n'a été reconnu qu'à l'occasion de l'abcès.

La mort est la terminaison habituelle de la maladie arrivée à ce dernier degré.

§ 2. — **Tumeur circonscrite (tuberculome limité à un point seulement du segment iléo-cæcal).**

A côté des cas décrits dans le chapitre précédent, il en existe d'autres, bien moins nombreux, où la tuberculose au lieu d'envahir la totalité ou la presque totalité du segment iléo-cæcal, se cantonne en un point déterminé de cette région : paroi du cæcum ou appendice.

Richelot a publié deux observations fort nettes de ces tuberculoses localisées.

Son premier malade, âgé de 28 ans, souffrait depuis 3 mois d'alternatives de constipation et de diarrhée et de douleurs dans la fosse iliaque droite ; à ce niveau existait une tumeur bosselée et dure, grosse « comme un petit œuf », adhérente profondément. L'opération montra un appendice adhérent, épaissi qui fut réséqué et en arrière de l'appendice, sur le cæcum, une plaque indurée, jaunâtre, large comme une pièce de 2 francs qui fut également extirpée et qui était un foyer tuberculeux occupant l'épaisseur de la paroi.

Chez son second malade, âgé de 20 ans, qui avait présenté à différentes reprises de vives douleurs à la fosse iliaque droite avec fièvre et constipation et qui était porteur à son entrée à l'hôpital, au niveau même du cæcum d'une petite tumeur allongée verticalement, M. Richelot put enlever deux petits noyaux tuberculeux, un de 2 centimètres, siégeant sur la fin de l'intestin grêle, l'autre de 3 centimètres siégeant sur le cæcum.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les conclusions de la communication de M. Richelot à la So-

ciété de chirurgie, séance du 23 mars 1892 : « J'ai attiré l'attention sur une forme très spéciale de tuberculose, nettement localisée en un point du cæcum, donnant lieu à une petite tumeur dure et sans empâtement autour d'elle, provoquant des poussées douloureuses ; mais, en somme, évoluant à froid chez des sujets qui n'ont pas toujours l'apparence de tuberculeux et n'offrent aucun signe de lésions intestinales diffuses. »

§ 3. — Tuberculose ganglionnaire précæcale.

Il existe une autre variété de tuberculose limitée de la région iléo-cæcale, l'adénite tuberculeuse précæcale, sans lésion apparente de l'intestin.

M. Gérard-Marchant a rapporté à la Société de chirurgie de Paris (séance du 24 janvier 1900), trois cas de cette intéressante lésion.

La brève analyse de ses deux premières observations, nous renseignera sur les signes de cette affection.

Sa première malade, une jeune fille, dont le père était mort phtisique, se plaignait de douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque droite. De temps en temps survenaient des crises douloureuses avec vomissements ; dans l'intervalle des crises, la diarrhée était fréquente. Les digestions étaient pénibles, l'alimentation insuffisante, d'où un amaigrissement très prononcé. A l'examen, on trouvait dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une noix, indurée, mobile, très douloureuse, paraissant faire partie du cæcum. L'opération montra au voisinage de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum, l'exis-

tence de deux masses ganglionnaires reconnues tuberculeuses par l'examen histologique.

La seconde malade, une jeune fille également, qui avait une sœur atteinte de coxalgie et un frère phtisique, éprouvait tous les deux ou trois mois, sans fièvre, ni vomissements, une douleur dans la fosse iliaque droite qui se calmait par un repos de quelques heures. Dans l'intervalle des crises, il n'y avait aucune souffrance. En juillet 1899, la crise se reproduisit, mais cette fois accompagnée de vomissements et de fièvre, de douleur violente dans la fosse iliaque. Le 2 novembre, répétition de cette grande crise avec lipothymies, angoisse extrême, mais sans fièvre. M. Gérard-Marchant constata lors de son examen une tuméfaction de la région cæcale et à l'opération un ganglion suppuré adhérant au cæcum.

Si, dans le premier cas, l'affection simulait une tuberculose cæcale, dans le second, on aurait pu penser à une appendicite. M. Gérard-Marchant avait en effet posé ce diagnostic, mais l'appendice qui fut tout de même réséqué, avait une apparence normale et l'examen histologique montra seulement l'existence de folliculites de sa paroi.

La petitesse de la tumeur, les relations avec les parois du cæcum, pourront faire soupçonner une tuberculose ganglionnaire précœcale. La question, toutefois, ne sera jamais tranchée définitivement, car nous avons vu, au chapitre précédent, des tuberculomes, limités à un point seulement du segment iléo-cæcal, former de petites tumeurs identiques aux tumeurs ganglionnaires.

§ 4. — **Perforations tuberculeuses du segment iléo-cæcal, sans tumeur. Péritonites généralisées. Péritonites localisées, abcès, fistules purulentes ou pyo-stercorales.**

Nous nous sommes occupé jusqu'à présent des cas cliniques où la tuberculose formait tumeur, grosse tumeur quand tout ou la plus grande partie du segment iléo-cæcal étaient envahis par le processus tuberculeux, petite tumeur quand la lésion était limitée à un point seulement de ce segment iléo-cæcal, ou encore n'était appréciable que dans les ganglions précæcaux.

Nous allons étudier maintenant les faits où il n'existe pas de tumeur. Ici, le bacille de Koch n'édifie pas, mais au contraire détruit. La perforation intestinale est dans ce cas la cause de toute la symptomatologie, elle commande le type clinique. Que cette perforation siège sur la fin de l'iléon, l'appendice ou le cæcum, peu importe, les symptômes resteront les mêmes.

Si la lésion surprend brusquement un péritoine sans défenses, nous aurons tous les signes d'une péritonite aiguë par perforation. Si des adhérences protectrices ont au contraire eu le temps de s'organiser, nous aurons un foyer de péritonite enkystée, un phlegmon pyo-stercoral de la fosse iliaque.

Plutôt que de reproduire ici le tableau de la péritonite généralisée, puis de la péritonite localisée, il nous semble préférable d'emprunter à la littérature médicale, un exemple de chacun de ces deux cas.

1° Péritonite généralisée par perforation tuberculeuse. — Nous choisirons l'histoire du malade opéré par M. Blum

et dont l'observation est rapportée par MM. Laubry et Oppenheim (*Arch. gén. de médecine*, 1899).

Il s'agissait d'un homme âgé de 65 ans. Subitement, en pleine santé, éclatent des douleurs très vives dans tout l'abdomen. Depuis ce moment, il n'y a pas eu de selles, ni d'émission de gaz. On ne note pas de vomissements. A l'examen du malade, 30 heures après le début des accidents, on constate les symptômes suivants : le facies est grippé, les yeux encavés, entourés d'un cercle bleuâtre, le sillon naso-labial creusé profondément. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, recouverte en son centre d'un enduit blanchâtre, sèche sur toute son étendue. Le pouls est à 120 avec quelques irrégularités, la température rectale est de 36°8.

L'examen de l'abdomen dénote l'existence d'une douleur très vive dans toute la portion sous-ombilicale du ventre avec hyperesthésie cutanée manifeste. La douleur est diffuse, sans qu'un examen minutieux fasse découvrir un point plus sensible. Il n'y a pas de météorisme. La percussion donne une sonorité normale dans toute l'étendue de l'abdomen, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche et de la région sus-pubienne, où l'on constate une légère submatité. La constipation est absolue. Depuis son entrée à l'hôpital existent des vomissements verdâtres, sans odeur fécaloïde, du hoquet et une gêne respiratoire assez marquée. L'examen des autres organes reste négatif. C'était en somme le tableau clinique de la péritonite aiguë par perforation ; M. Blum pratiqua la laparotomie, mais ne put découvrir la perforation. Celle-ci ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Le diagnostic de la cause dans ce cas était impossible. Si les accidents survenaient au cours d'une entérite tuberculeuse manifeste, comme le premier malade du mémoire de Laubry et Oppenheim, ou encore chez un phtisique avéré, peut-être pourrait-on en soupçonner l'origine.

L'observation communiquée par Bouilly, au Congrès français de Chirurgie (séance du 10 octobre 1889), est un autre exemple de ces péritonites aiguës par perforation tuberculeuse du segment iléo-cæcal. La perforation siégeait ici au niveau de l'appendice. Bien que la preuve histologique de la lésion n'ait pas été faite, les suites de la maladie, la mort du malade survenue par suite des progrès d'une tuberculose abdominale et pulmonaire parlent nettement en faveur de la nature tuberculeuse de la perforation appendiculaire.

2° Péritonite localisée, abcès de la fosse iliaque, fistules. — Il existe dans la fosse iliaque droite une collection plus ou moins volumineuse qui s'ouvre, donnant issue à du pus, à des matières stercorales et laissant après elle, une fistule purulente ou pyo-stercorale. Cathelin a rapporté un bel exemple de cette variété, dans la *Presse médicale* de juillet 1898. Après une série de crises de douleurs abdominales où le médecin avait parlé de coliques appendiculaires, puis d'appendicite nerveuse, survint une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule allant de la région lombaire à la partie supéro-externe de la fosse iliaque droite. L'incision de cette tuméfaction donna issue à du pus et à des gaz à odeur stercorale. Il persista une fistule. Quelques mois après apparut un nouvel abcès au niveau de la fesse. Pendant une opération pratiquée pour tarir la fistule

pyo-stercorale, on tombe sur une cavité irrégulière, véritable cloaque lombaire au fond duquel on aperçoit la fistule intestinale appartenant au côlon ascendant. Cette ouverture intestinale fut fermée. Le malade mourut, et à l'autopsie on découvrit une seconde perforation à l'extrémité de l'appendice.

Ici donc, on rencontre des abcès, des fistules purulentes et plus souvent pyo-stercorales sans tumeur cæcale.

Le siège de l'abcès et de la fistule est variable : tantôt la région iliaque, tantôt la région lombaire, la fesse.

Si on n'intervient pas, le malade maigrit, perd ses forces, et meurt cachectique ou par généralisation de la tuberculose.

DIAGNOSTIC

Nous étudierons en détail le diagnostic de la première forme clinique, mais nous serons beaucoup plus bref sur le diagnostic des autres formes : peu fréquentes, il est rare d'arriver à la cause des troubles observés par la seule étude des symptômes. La nature de la lésion n'est souvent reconnue qu'au cours de l'opération ou encore à l'autopsie.

§ 1. — Diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique.

1° Période des troubles fonctionnels. — A la première période de la maladie, période de troubles fonctionnels, la tuberculose iléo-cæcale doit être distinguée de l'appendicite chronique d'emblée, bien étudiée par MM. Walther et Rastouil (thèse de Paris, 1900). Dans cette affection, il y a comme dans la tuberculose iléo-cæcale au début, association de phénomènes douloureux et de troubles digestifs. La douleur est spontanée, sourde, ou au contraire provoquée par un refroidissement, une fatigue, une marche, une promenade en voiture, se traduisant sous forme d'élancements, de tension, de gêne. Elle est localisée dans la fosse iliaque droite ou au contraire diffuse dans tout l'abdomen, mais dans ce dernier cas la douleur part de la fosse iliaque droite ou disparaît en dernier lieu de cette région. Comme troubles digestifs, il y a non pas dégoût, mais plutôt

abstention volontaire de certains aliments dont l'absorption provoque une recrudescence de la douleur. Les nausées, les vomissements sont fréquents, de même la diarrhée, la constipation avec ou sans ballonnement du ventre. A la longue, on peut voir survenir un amaigrissement notable, une diminution des forces. Ce tableau clinique ressemble à celui de la tuberculose iléo-cæcale, stade de début. Cependant l'étude détaillée des symptômes permet presque toujours de dépister l'appendicite. Ainsi, on a remarqué que la douleur appendiculaire avait une heure de prédilection, réveillant assez souvent le malade vers trois heures du matin. De plus, dans l'appendicite chronique d'emblée, on provoque toujours une douleur en déprimant doucement et progressivement la paroi abdominale au point de Mac Burney. La pression, limitée à ce seul point, cause souvent des douleurs réflexes au creux épigastrique, autour de l'ombilic. Enfin la palpation profonde de la fosse iliaque droite permet parfois de sentir un cordon plus ou moins volumineux.

Pour être complet, il faudrait étudier les phases de début de l'actinomycose, du cancer, des tumeurs inflammatoires. Mais la solution du problème, à cette période initiale, étant toujours impossible, il est inutile d'y insister.

2° Période de la tumeur. — a) Affections qui peuvent simuler une tumeur du segment iléo-cæcal. — Les affections des organes autres que le cæcum, pouvant donner naissance à une tumeur de la fosse iliaque droite sont trop nombreuses pour nous livrer à une étude détaillée sur le diagnostic de chacune d'entre elles. Nous nous occuperons

seulement des plus fréquentes, de celles ayant donné lieu à une erreur.

Cancer de l'estomac. — Bien que le fait soit rare, le tuberculome cæcal peut simuler le cancer de l'estomac. Auscher en a rapporté un exemple à la Société anatomique de Paris (novembre 1895). Il s'agissait d'une femme qui, pendant la vie, avait présenté tous les symptômes d'un carcinome stomacal, intolérance gastrique, hématémèses, cachexie progressive, adénopathie sus-claviculaire, phlébite cachectique. L'autopsie montra une typhlite tuberculeuse, point de départ d'une chaîne ganglionnaire ayant remonté le long de l'aorte jusque dans le médiastin.

Dans un autre cas de Roux (de Lausanne), on sentait entre l'ombilic et le rebord costal droit, un peu en dehors du muscle grand droit, ainsi que derrière son tiers externe, une petite tumeur dure, bosselée, un peu plus petite qu'un rein, à base plus large en haut, bien limitée partout, sauf en bas, où elle se perdait vers l'ombilic, faisant l'impression d'un squirrhe très avancé du pylore qui infiltrerait les parois le long de la grande courbure. L'illusion était complétée par une voussure qui semblait dessiner l'estomac à la place correspondante. Mais, une infiltration permit de suivre les contours de l'estomac en entier, isolé de la tumeur, et d'exclure l'idée de néoplasme de cet organe.

La pratique de Roux est bonne et à imiter, en y ajoutant toutefois, l'étude du chimisme stomacal.

Tumeurs de la vésicule biliaire. — Les affections de la vésicule peuvent aussi prêter matière à discussion. Outre

(1) *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890.

leurs symptômes fonctionnels particuliers, souvent les signes d'une obstruction progressive des voies biliaires, en cas de cholécystite, de grosse vésicule, la matité hépatique se continue avec celle de la tumeur sans interposition d'une bande sonore. Malgré tout, dans une observation rapportée par Itié (thèse Montpellier, 1898), on avait porté le diagnostic de tuberculose massive du cæcum et il s'agissait d'un cancer du foie et de la vésicule, descendant très bas.

Affections rénales. — Dans l'hydronéphrose, la tumeur unilatérale est beaucoup plus rapprochée de la ligne médiane que la tumeur cæcale tuberculeuse. Cette tumeur rénale est élastique, sinon fluctuante, sujette à des variations de volume, sa disparition ou tout au moins sa diminution coïncidant avec la polyurie.

Dans le *rein mobile*, on note une vacuité de la fosse lombaire. La tumeur a une forme particulière, échancrée sur l'un de ces bords ; elle est douloureuse à la pression (sensibilité spéciale), très mobile verticalement et enfin réductible.

Cependant, l'erreur a été commise par Czerny (1) : son cas mérite d'être rapporté. A droite et au-dessous de l'ombilic, on percevait un corps épais et lisse, de la forme et du volume d'un rein, descendu dans le petit bassin où son bord inférieur était accessible par le vagin. Il se laissait déplacer jusqu'à la région lombaire droite. Czerny (9 janvier 1886) pratiqua la néphrorraphie, sans résultat bien entendu. La malade quitta l'hôpital conservant ses

(1) *Beiträge für klin. Chir.*, 1890.

douleurs et sa tumeur mobile comme avant l'opération. Quelques mois plus tard, dans une seconde intervention, la cavité abdominale ouverte, Czerny se rendit compte de son erreur et trouva une tuberculose hypertrophique de la région iléo-cæcale. Roux (1) signale également un cas où l'erreur fut commise.

Adénite chronique des ganglions iliaques. — L'adénite chronique des ganglions iliaques sera facilement dépistée. Ici, la tumeur succède presque toujours à une lésion tuberculeuse visible du membre inférieur, ou d'autres territoires dont les lymphatiques sont tributaires de ces ganglions (téguments des organes génitaux externes, de la région sous-ombilicale de l'abdomen, pourtour de l'anus, etc.). La tumeur est plus fixe, moins mobile, plus rapprochée de l'arcade de Fallope. En outre, il n'existe aucun symptôme fonctionnel, pas de signe de rétrécissement intestinal.

Kyste hydatique de la fosse iliaque. — Le kyste hydatique de la fosse iliaque droite est rare. M. le professeur Dieulafoy a publié récemment (*Semaine médicale*, 8 octobre 1902) l'observation d'un malade opéré par M. Marion où la confusion avec la tuberculose iléo-cæcale ne put être évitée. Il nous a paru intéressant de relater ce cas. Il s'agissait d'un homme de 47 ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour une grande faiblesse et pour une diarrhée qui datait de 2 ans. Il avait 4 à 5 selles par jour ; la diarrhée apparaissait aussitôt après l'ingestion des aliments, surtout du lait. L'état général qui était resté longtemps assez bon, périclitait. Le malade avait beaucoup maigri depuis quel-

(1) *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1900, p. 299.

ques mois et il avait l'apparence cachectique d'un tuberculeux avancé. A plusieurs reprises, il avait éprouvé des douleurs dans la fosse iliaque droite ; le ventre était douloureux, non ballonné. L'examen de la fosse iliaque droite faisait percevoir une tumeur dure, non mobilisable, allongée comme un gros boudin. Cette tumeur qui paraissait appartenir au cæcum, était mate à la percussion, se prolongeait en haut dans la direction du côlon et était nettement séparée de la paroi osseuse de la fosse iliaque droite, avec laquelle elle n'avait aucun rapport. Il y avait quelques ganglions indolores à l'aine droite. C'était donc le tableau à peu près complet du tuberculome iléo-cæcal. Pourtant, l'opération pratiquée par M. Marion montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique développé dans le muscle iliaque et en train de suppurer. J'ai rapporté cet exemple pour montrer jusqu'à quel point une tumeur de la région peut emprunter la symptomatologie de la tuberculose hypertrophique iléo-cæcale : on comprend facilement qu'en pareil cas, il soit impossible d'arriver au diagnostic exact, avant l'intervention.

Tuberculose hypertrophique de la fin de l'intestin grêle. — Enfin, un rétrécissement tuberculeux, à forme hypertrophique, peut également occuper la fosse iliaque droite. C'est même là son siège habituel. D'après Bernay, en effet (thèse de Lyon, 1899), tandis que les rétrécissements tuberculeux fibreux et cicatriciels se rencontrent presque toujours dans les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle, la variété hypertrophique de sténose tuberculeuse a pour siège d'élection le quart inférieur de l'iléon. Existe-t-il des signes qui permettent de dire quand la tumeur appartient au

segment iléo-cæcal, ou au contraire à la fin de l'intestin grêle ?

Dans les deux cas, mêmes symptômes fonctionnels ; douleurs diffuses ne tardant pas à se localiser au point lésé, crises entéralgiques, constipation et diarrhée avec prédominance momentanée de l'un ou l'autre de ces états. Cependant, pour une tumeur du grêle, les douleurs affecteraient un rapport plus constant avec la digestion, revenant périodiquement quatre ou cinq heures après le repas. On observerait plus fréquemment le ballonnement du ventre et le péristaltisme serait plus prononcé. On a signalé aussi au moment des crises douloureuses l'audition de bruits musicaux variés, depuis le simple borborygme jusqu'au sifflement, le chant du fifre, le miaulement. Les vomissements revêtiraient quelquefois un caractère fécaloïde, ce que l'on ne voit que tout à fait exceptionnellement dans la tuberculose iléo-cæcale. L'amaigrissement, la perte des forces, la cachexie, sont plus rapides avec une tumeur du grêle. Dans cette hypothèse enfin, la tumeur apparaîtrait, moins volumineuse et plus mobile.

Le diagnostic n'est donc pas impossible, surtout si l'on constate la réunion de quelques-uns des symptômes énumérés plus haut. Ainsi, M. Tuffier, chez une femme opérée à l'hôpital Lariboisière le 25 mars 1899, et dont l'observation est rapportée dans la *Presse médicale* du 21 février 1900, se basant sur l'apparition des coliques quatre heures après les repas, leur durée (une heure), leur cessation coïncidant avec l'émission d'une selle liquide, la présence d'une tumeur petite, arrondie, mobile dans la fosse iliaque droite, l'amaigrissement rapide avec

conservation de l'appétit, avait fait le diagnostic de néoplasie tuberculeuse siégeant sur l'intestin grêle et non le cæcum.

b) Diagnostic des tumeurs cæcales. — Le diagnostic de tumeur cæcale posé, il reste à en élucider la nature.

Tumeur stercorale. — Chez certains individus, généralement des femmes, à l'époque de la ménopause, il existe une constipation opiniâtre, rebelle avec troubles digestifs et vomissements. L'état général est souvent très touché. Dans la fosse iliaque droite, on rencontre un boudin allongé verticalement. La nature de cette tumeur sera en général facile à reconnaître : de consistance pâteuse, elle garde l'empreinte du doigt. En outre, cet amas stercoral n'existe pas seulement au niveau du cæcum, on le retrouve souvent au niveau du côlon, de l'S iliaque, dans le rectum. Enfin, un ou plusieurs purgatifs répétés font disparaître la tumeur.

Invagination chronique. — Le diagnostic avec l'invagination chronique est presque toujours possible. A côté de symptômes communs avec le tuberculome iléo-cæcal, début insidieux, digestions pénibles, appétit diminué ou nul, débâcles de matières alternant avec des alternatives de constipation, tumeur dans la fosse iliaque droite, l'invagination chronique du segment iléo-cæcal possède des signes propres que l'on ne trouve pas dans la tumeur tuberculeuse et qui permettent de la différencier de cette dernière.

L'âge du malade a une grande importance : l'invagination chronique est surtout fréquente dans la première enfance, avant 4 ou 5 ans, la tuberculose est rare à cette époque. On n'en signale pas de cas avant 10 ans.

Les selles dans l'invagination sont fréquemment sanguinolentes avec ténesme, ce qui serait caractéristique, pour Cruveilhier. La présence de fragments d'intestin sphacélé serait la signature du diagnostic.

De plus, la tumeur de l'invagination, arrondie ou allongée en boudin est habituellement incurvée ; son siège n'est pas toujours dans la fosse iliaque droite, il est souvent sus-ombilical. Elle présente parfois des variations de volume d'un moment à l'autre, une crise de coliques pouvant augmenter l'étendue de l'invagination.

Enfin, par le toucher rectal « le doigt reconnaît dans certains cas, une tumeur conique, mollasse ou même flasque, et comme fongueuse ; il peut en faire tout le tour sans trouver le point d'union avec la paroi rectale ; au sommet ou sur le côté, il peut s'introduire dans l'orifice qui porte la tête de l'invagination et même dans deux orifices, si le cæcum est retourné en doigt de gant avec son appendice » (1).

Ce qui complique parfois le diagnostic, c'est qu'une tumeur tuberculeuse de la région iléo-cæcale peut être cause d'invagination chronique (2).

En pareil cas, on comprend qu'il soit presque toujours impossible de faire la part de la tuberculose et de l'invagination.

Tumeur actinomycosique. — A côté d'analogies avec la tuberculose, l'actinomycose de la région iléo-cæcale pré-

(1) Gérard-Marchant, *Chirurgie du gros intestin*, 1902.

(2) Voy. Wiesinger, *Münch. med. Woch.*, 1896 ; Barrow, *Lancet*, London, 1897, t. I.

sente de nombreux caractères propres qui permettent presque toujours de la dépister.

A la période de début, la diarrhée est, soit dysentériforme avec ténesme, selles fréquentes, soit muco-membraneuse, ce qui est rare dans la tuberculose. Les périodes de constipation ne sont pas fréquentes.

La douleur, par contre, n'a rien de caractéristique ; il existe des crises douloureuses aiguës, des coliques qui durent de quelques jours à 2 ou 3 mois ; la palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse,

L'apparition de la tumeur offre ceci de remarquable, c'est qu'elle coïncide presque toujours avec la disparition ou tout au moins la diminution des phénomènes douloureux ; il n'existe plus qu'une sensation de gêne, de tension au niveau de la fosse iliaque droite.

Les caractères objectifs de la tumeur sont aussi particuliers : d'abord indépendante de la paroi abdominale, elle est peu mobile, fixe dans la profondeur ; ses limites sont mal déterminées, indécises ; il existe souvent des prolongements vers le petit bassin, prolongements que l'on peut reconnaître par le toucher rectal ou vaginal. On dirait un crabe solidement fixé dans la fosse iliaque droite et envoyant ses nombreuses pattes dans toutes les régions voisines.

La consistance de la tumeur est spéciale ; elle est très dure, ligneuse, mais cependant pas égale partout, ses contours présentant « des masses en saillie de consistance inégalement résistante ».

Autre caractère très important : la tumeur peut rester stationnaire pendant des mois avec légères alternatives de

rétrocession et d'augmentation, ce qui n'existe jamais dans la tuberculose. Enfin, quand elle a pris contact avec la paroi abdominale, « en quelques jours, pour ainsi dire sous les yeux de l'observateur, elle s'étale, englobe de larges surfaces depuis la crête iliaque à l'ombilic, parfois à la fosse iliaque gauche, ou bien, elle se localise au voisinage du ligament de Poupart. Mais, quelle que soit son extension, elle a toujours au début une dureté ligneuse, des contours mal définis ; elle immobilise la région qu'elle occupe, au point de donner l'impression d'une injection de suif, poussée à travers la peau jusqu'au squelette (1).

Cancer du cæcum. — Le cancer du cæcum présente avec le tuberculome cæcal des ressemblances beaucoup plus marquées que les tumeurs précédentes.

Les signes du début sont identiques : dans l'un comme dans l'autre cas, on note de la douleur, des alternatives de diarrhée et de constipation, de l'anorexie, des digestions pénibles, des nausées, des vomissements alimentaires et bilieux, de l'amaigrissement, parfois des hémorrhagies intestinales. On a dit que dans le cancer la présence du sang dans les selles était rencontrée plus fréquemment et en plus grande abondance : cela est vrai pour le cancer des autres segments du gros intestin, angle des côlons, anse sigmoïde, rectum, mais dans le cancer du cæcum le melœna est presque aussi rare que dans la tuberculose, où il est signalé dans une dizaine d'observations.

L'apparition de la tumeur ne vient pas dissiper les

(1) Poncet et Bérard, *Traité de l'actinomycose humaine*, 1898.

doutes, car, dans les deux cas, ses caractères physiques sont identiques ou à peu près. Sur quoi donc baser son diagnostic ?

L'évolution de la maladie peut donner quelques renseignements ; dans le cancer, la marche est assez rapide, ne dépasse guère dix-huit mois. La tuberculose, au contraire, est beaucoup plus lente, dure des années. Encore existe-t-il des exceptions à cette règle, utiles à connaître. Th. Anger, Israël (de Berlin), Réunion libre des chirurgiens de Berlin, séance du 12 novembre 1894, citent deux observations de cancer du cæcum où la mort ne survint qu'après plus de sept années.

L'âge du malade a aussi une grande importance ; rarement le cancer se développe chez de jeunes enfants, 7 ans (Israël), presque toujours on le rencontre chez des sujets ayant dépassé la quarantaine. La tuberculose aura son âge de prédilection entre 20 et 40 ans.

L'hérédité cancéreuse ou tuberculeuse sera recherchée avec soin, sans toutefois attacher trop de prix aux antécédents cancéreux.

Les douleurs sont différentes dans les deux cas. Dans le cancer, elles sont souvent si atténuées que la maladie peut évoluer d'une façon latente ; dans la tuberculose, les douleurs manquent rarement ; elles sont souvent aiguës, violentes, surviennent par crises.

Pour Després, quand on observe des vomissements à odeur fécaloïde ou quand les malades ont le goût des matières fécales dans la bouche, on doit immédiatement songer à un cancer intestinal. Bien que les vomissements fécaloïdes soient seulement l'indice d'un obstacle au cours

des matières, il faut convenir que c'est un bon signe en faveur du cancer, l'occlusion vraie étant beaucoup plus fréquente dans le cancer que dans la tuberculose.

La constatation de ganglions sus-claviculaires, par embolie cancéreuse, est en faveur du cancer ; celles de ganglions axillaires, par lymphangite pleurale, en faveur de la tuberculose.

La coexistence de lésions pulmonaires bacillaires, de poussées fébriles vespérales, de sueurs nocturnes, plaide dans le même sens.

Nous n'accordons pas beaucoup de faveur à cette remarque, que dans le cancer, l'urée existerait en moins grande quantité ; il ne faut voir dans cette diminution de l'urée, qu'une conséquence de l'insuffisance de l'alimentation.

La teinte jaune-paille du cancéreux, par contre, serait caractéristique : le tuberculeux aurait simplement un facies anémique.

La présence du bacille de Koch dans les selles, ou encore l'agglutination du bacille par le sérum sanguin entraînerait la conviction dans le sens de la tuberculose.

A une période plus avancée, l'apparition d'une ascite, de l'œdème des membres inférieurs, d'une *phlegmatia alba dolens*, d'un noyau cancéreux au niveau du foie ou d'un autre organe, rendrait le diagnostic de cancer certain. Mais il ne faut pas attendre ces signes ; il faut opérer, enlever la tumeur, tuberculome ou cancer, et alors, même la pièce en mains, les incertitudes de diagnostic pourront encore subsister. C'est à l'histologie de dire le dernier mot. Bouilly et Billroth ont cité des exemples mémorables de ces erreurs.

Le diagnostic entre le cancer et la tuberculose est donc des plus difficiles. Mais notre incertitude ne doit pas être préjudiciable au malade ; dans le doute, on interviendra toujours. On pourra ainsi être amené à faire bénéficier un cancéreux d'une exérèse précoce.

TABLEAU RÉSUMANT LES PRINCIPAUX SIGNES DE DIAGNOSTIC ENTRE LA TUBERCULOSE ET LE CANCER DU CÆCUM.

TUBERCULOSE.	CANCER.
Longue durée, généralement plus de 2 ans.	Evolution rapide : 1 an, 18 mois au plus.
Maximum de fréquence entre 20 et 40 ans.	Maximum de fréquence après 40 ans.
Antécédents tuberculeux.	Pas d'antécédents tuberculeux.
	Antécédents cancéreux possibles.
Douleurs constantes, aiguës, violentes.	Douleurs très peu marquées.
Vomissement sans caractères particuliers.	Vomissements fécaloïdes.
Ganglions axillaires, inguinaux.	Ganglions sus-claviculaires.
Lésions pulmonaires.	Rien au poumon.
Accès de fièvre vespéraux.	Noyaux cancéreux au niveau du foie.
Sueurs nocturnes.	Teinte jaune paille.
Facies anémique.	Pas de bacilles de Koch dans les selles.
Bacilles de Koch dans les selles.	Séro-diagnostic de la tuberculose négatif.
Séro-diagnostic de la tuberculose positif.	

Lymphadénome. — Le lymphadénome à forme hyper-

plasique de Gilly, qui n'est souvent qu'un épisode au cours de la lymphadénie généralisée, se distinguera du tuberculome par la précocité de la diarrhée, des œdèmes, de l'ascite, la tuméfaction rapide des ganglions mésentériques, la présence de ganglions hypertrophiés dans d'autres régions (aisselle, aine, région carotidienne, etc.), l'absence de fièvre et enfin les caractères du sang.

Tumeurs péri-cæcales et iléo-cæcales de nature purement inflammatoire. — Nous réunissons dans un même paragraphe les tumeurs péri-cæcales et iléo-cæcales de nature purement inflammatoire . Leur diagnostic est délicat.

Après une période de début très insidieuse caractérisée par de la douleur, des troubles dyspeptiques variés, nausées, vomissements, diarrhée et constipation, les signes d'une occlusion intestinale chronique, apparaît dans la fosse iliaque droite un empâtement ou une tumeur bien limitée, à surface lisse ou bosselée, de consistance généralement dure, douloureuse à la pression, mobile sous la paroi abdominale, mais fixée dans la profondeur.

Pour montrer les caractères de ces tumeurs, leur ressemblance avec la tuberculose, nous en citerons deux exemples :

Le malade de Julliard (*Revue de la Suisse romande*, 5 mai 1897), un homme de 36 ans, éprouvait depuis huit mois des « élancées » dans la fosse iliaque droite qui irradiaient jusque dans la jambe. Les douleurs d'abord supportables, étaient bientôt devenues intolérables, au point de rendre toute occupation et même la station debout impossible. Il y avait de la diarrhée qui s'établissait pendant quelques jours, puis disparaissait. Jamais on n'a remarqué de

sang dans les selles. Dans la fosse iliaque droite, la tumeur grosse comme le poing était dure, ligneuse, douloureuse à la palpation, peu mobile. On aurait donc pu penser à la tuberculose. Julliard extirpa la tumeur, puis rétablit la continuité du tube intestinal par une iléo-colostomie termino-latérale. L'examen microscopique pratiqué par le professeur Zahn, montra qu'il s'agissait d'une inflammation chronique hypertrophique intéressant le cæcum, un bout du gros et du petit intestin. L'appendice déformé était méconnaissable.

Dans l'observation publiée par M. Schwartz au XIII[e] Congrès international des sciences médicales, section de chirurgie générale, Paris 1900, la symptomatologie était à peu près identique. Il s'agissait d'une jeune femme de 27 ans, qui présentait une tumeur de la fosse iliaque droite, dure, relativement mobile, ayant débuté dix-huit mois auparavant. M. Schwartz hésitait entre le cancer et la tuberculose. Il réséqua la tumeur et la confia, pour l'examen microscopique, à M. le professeur Cornil.

Là encore, pas de tuberculose, ni de cancer, mais une hypertrophie considérable de la tunique musculeuse de l'intestin.

Billroth (1891), Hartmann (1893)?, Boiffin (de Nantes), Bouilly (1899), Gérard-Marchant et Demoulin (1899) ont publié des observations analogues. Dans le cas de Demoulin, la tumeur, grosse comme une noix, occupait une partie seulement de la paroi externe du cæcum.

Peut-on distinguer ces tumeurs inflammatoires de la tuberculose hypertrophique du cæcum? Jusqu'à présent leur diagnostic clinique n'a jamais été posé : leur connaissance est due tout entière au microscope.

Cependant on pourra parfois les soupçonner. La notion d'une maladie antérieure, susceptible de déterminer l'inflammation de la paroi intestinale (ulcérations dues à la fièvre typhoïde, à la dysentérie, à l'entéro-colite chronique, aux corps étrangers, aux amas de matières fécales), ou l'inflammation du péritoine péri-cæcal (appendicite, affections de la loge périrénale, de l'uretère, de l'ovaire droit), éclairera parfois le diagnostic.

Syphilis. — Enfin, sachons que Vautrin (de Nancy) a signalé au Congrès de chirurgie de Paris 1899, un cas de rétrécissement inflammatoire du cæcum qui rétrocéda deux fois, sous l'influence du traitement anti-syphilitique avant d'être opéré.

3° **Période des fistules.** — *Mal de Pott.* — Il est généralement assez facile de rapporter à leur véritable cause les fistules purulentes engendrées par une carie vertébrale, même en l'absence de gibbosité, de paraplégie. La recherche des bacilles de Koch dans le pus, ne peut être d'aucune utilité, puisque, dans les deux cas, on peut le rencontrer. Mais, l'existence d'un point douloureux constaté par la percussion des apophyses épineuses, l'exagération des réflexes rotuliens, la gêne des mouvements de la colonne vertébrale principalement pendant la flexion, l'abondance de la sécrétion purulente, le siège de l'orifice fistuleux presque toujours au-dessous de l'arcade de Fallope, l'absence de troubles intestinaux feront incriminer le rachis.

Tuberculose de l'os iliaque. — Entre une tuberculose de l'os iliaque et une fistule tuberculeuse d'origine cæcale, l'hésitation est parfois permise. Dans les deux affections,

l'examen du pus peut déceler le bacille de Koch. La constatation d'un point douloureux, toujours le même, en une région bien localisée de l'os iliaque, l'exploration de la fistule qui permet au stylet d'arriver sur un os dénudé, l'absence de symptômes du côté de l'intestin sont en faveur de la tuberculose osseuse.

Pourtant il faut avouer que, dans certains cas, le diagnostic restera en suspens et ne se précisera que par l'adjonction d'un fait nouveau. Ainsi, chez le malade dont M. Reynier a rapporté l'observation à la Société de chirurgie (séance du 2 mars 1892), malade qui présentait une fistule au niveau de la fosse iliaque droite, M. Reynier avait longtemps vainement cherché une lésion osseuse de l'os iliaque, quand l'issue des matières fécales dans le pansement vint affirmer une lésion de l'intestin.

La coexistence d'une lésion osseuse et de la tuberculose cæcale augmentera encore les difficultés du diagnostic. Nous avons trouvé deux faits de cette nature : chez un malade de Péan, le stylet se dirigeait vers la face interne de l'os iliaque, l'aspect local du trajet était celui des fistules ostéopathiques. A la palpation, un empâtement diffus occupait la région iléo-cæcale. Dans une première opération (12 mars 1892), Péan gratta à la curette plusieurs foyers fistuleux, enleva une portion superficielle de la crête iliaque atteinte d'ostéite. Mais le mal n'avait été attaqué qu'en partie. Le 25 mai, subitement, une grande quantité de matières passa dans le pansement. Nouvelle opération le 5 août, qui laisse voir, sur la partie postéro-externe du cæcum, une perforation de la grosseur d'un pois.

M. Gayet, à la Société de chirurgie de Lyon (séance du 3 mai 1900), cite un cas analogue. Son malade était entré dans le service de M. le professeur Ollier pour un abcès froid de la région lombaire. Une première fois Ollier gratta le trajet, enleva des fongosités et réséqua quelques centimètres de l'épine iliaque, point dénudé de l'os d'où partaient des trajets multiples dans tous les sens, plusieurs se dirigeant profondément vers la cavité abdominale. Cette opération ne donna aucun résultat et bientôt les matières fécales se mélangèrent au pus. Là encore, le même fait nouveau renseigna le chirurgien.

Gangrène herniaire. — La fistule stercorale, ou plutôt l'anus contre nature d'origine herniaire, ne prête pas souvent à confusion. Le siège précis de l'orifice, au niveau de l'anneau crural, de l'anneau inguinal, du triangle de J.-L. Petit, les commémoratifs, l'histoire de la hernie, de son étranglement suffiront à nous éclairer.

Le point de départ cæcal de la fistule étant reconnu, il reste à éliminer les fistules stercorales d'origine épithéliomateuse, actinomycosique et appendiculaire.

Cancer. — Les fistules stercorales d'origine épithéliomateuse sont rares. Nous nous sommes suffisamment étendu au chapitre précédent sur le diagnostic du cancer pour ne plus y revenir maintenant.

Actinomycose. — L'actinomycose fistuleuse a des caractères bien particuliers qui permettront presque toujours de la distinguer de la tuberculose. Dans l'actinomycose appendiculo-cæcale, rarement il existe une seul fistule : d'habitude multiples, les orifices sont souvent éloignés de la fosse iliaque droite ; on en rencontre dans le voisinage

de la ligne blanche, de l'ombilic. L'orifice de la fistule est entouré d'une teinte bleu violacé, dégradée du centre à la périphérie.

Spontanément, une fistule se ferme, tandis qu'une autre s'ouvre à côté, phénomène tout à fait exceptionnel dans la tuberculose. Le trajet de ces fistules est souvent énorme. Le pus est horriblement fétide, d'une odeur fécaloïde, même quand il ne contient pas de matières. C'est tantôt une sérosité grisâtre, mal liée, tantôt un pus jaune brunâtre où l'on découvre des petits grains de 1/10 à 1/4 de millimètre, jaunes ou noirâtres (par contact de particules organiques en putréfaction).

Quelquefois les grains jaunes sont absents ; dans ce cas on peut retrouver le parasite dans les fongosités des trajets fistuleux. Rarement on sera obligé de réséquer un morceau de paroi de la fistule et de l'examiner au microscope, pour découvrir l'actinomyces. Enfin, les ganglions lymphatiques inguinaux sont habituellement indemnes.

En somme, rien dans ce tableau ne ressemble à la tuberculose. L'erreur est cependant quelquefois commise. Dans le cas de Roux, rapporté dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, 1891, on n'avait trouvé, ni dans le pus, ni dans les fongosités de la poche, rien qui fît penser à l'actinomycose et rien qui empêchât d'admettre la tuberculose. Quelques mois après une première opération, l'incision d'un nouvel abcès développé à la racine de la cuisse donna issue à un pus avec grains jaunes et révéla l'erreur.

Appendicite fistuleuse. — Les fistules pyo-stercorales d'origine appendiculaire sont assez fréquentes. On les reconnaîtra à l'histoire de la maladie, la soudaineté, la

violence des accidents primitifs, la formation rapide d'un phlegmon iliaque où l'on trouve parfois des débris sphacelés d'appendice, un calcul, l'absence de *bacilles de Koch* dans le pus et les selles, etc.

§ 2.— Diagnostic des autres formes de tuberculose iléo-cæcale.

La palpation de la région iléo-cæcale, pratiquée au besoin après anesthésie chloroformique, en faisant découvrir une tumeur ou non, permettra de savoir si le point de départ de la fistule est une tuberculose hypertrophique ou, au contraire, une tuberculose ulcéreuse, sans hypertrophie du cæcum.

Nous terminerons là notre étude du diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale. Nous ne croyons pas devoir nous arrêter au diagnostic différentiel du tuberculome limité en un point du segment iléo-cæcal, de l'adénite tuberculeuse pré-cæcale, des péritonites localisées et généralisées consécutives à un processus tuberculeux perforant de la région iléo-cæcale. Jusqu'à présent il n'existe pas de signes permettant de les reconnaître avec certitude. Ce sont des surprises opératoires, quand elles ne sont pas des surprises d'autopsie.

TRAITEMENT

Indications générales. — Le traitement de la tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique doit être un traitement chirurgical. M. Broca a pu rapporter à la Société anatomique (décembre 1891) l'histoire d'un malade qui s'était amélioré sous l'influence du repos et d'un régime spécial. L'état général était devenu meilleur avec légère augmentation de poids, disparition des douleurs, de la diarrhée, reprise de l'appétit ; la tumeur elle-même paraissait avoir diminué de volume. Mais M. Broca n'a suivi son malade que quelques mois ; en pratique, il ne faut pas compter sur de tels faits. Nous n'avons trouvé aucune observation où la guérison eût été sûrement obtenue par un traitement médical.

Si tôt le diagnostic posé, il faudra donc recourir au traitement chirurgical. Le procédé opératoire variera avec la période de la maladie. Avec une tumeur, sans abcès, sans fistules, la résection s'imposera chaque fois qu'elle sera possible ; elle a pour avantage d'être une opération radicale, de débarrasser l'économie d'un foyer tuberculeux toujours menaçant. Si la résection devient difficile, dangereuse par suite d'adhérences trop intimes de la tumeur, le chirurgien aura recours à l'exclusion intestinale qui est l'opération de choix de la tuberculose avec fistules.

En aucun cas, il ne suivra la conduite conseillée par Nové-Josserand, à la Société des sciences médicales de

Lyon, avril 1896. Il s'agissait d'un petit malade de 12 ans ; après laparotomie on tomba sur une tumeur cæcale tuberculeuse. La résection du segment iléo-cæcal avec entérorraphie immédiate fut rejetée parce que l'enfant semblait trop faible pour résister à un pareil traumatisme. On se contenta de saupoudrer d'iodoforme, puis de frotter avec de la gaze iodoformée les parties malades. Cette laparotomie, simplement exploratrice pour ainsi dire, fut suivie d'une résurrection du malade : cessation complète des douleurs, régularité des fonctions digestives, augmentation de poids, disparition presque totale de la tumeur. Se basant sur cette observation, M. Nové-Josserand admettait que l'on était en droit d'attendre de la laparotomie exploratrice d'excellents résultats lorsqu'elle était faite de bonne heure et que, pour une raison quelconque, l'opération radicale ne paraissait pas devoir être tentée. Nous rejetons ces conclusions : quand la résection sera impossible, il faudra pratiquer l'entéro-anastomose, ou mieux, l'exclusion de l'anse malade.

Résection et exclusion vont être étudiées en détail dans les pages suivantes.

§ 1. — Résection du segment iléo-cæcal.

Cette opération fut pratiquée pour la première fois en 1879 par Kraussold, pour un cancer du cæcum ; les premières opérations pour tuberculose iléo-cæcale ont été exécutées, avec succès, à l'étranger par Czerny, le 12 juin 1886, en France par Bouilly, le 6 décembre 1887.

Contre-indications. — S'il n'existe qu'un foyer de tuberculose limité à un seul poumon, il faut passer outre, et ne

pas croire que les lésions pulmonaires s'aggraveront fatalement du fait de l'opération. La lésion intestinale met un obstacle sérieux à la suralimentation : la résection du segment iléo-cæcal, en permettant le retour à la normale des fonctions digestives, aura une influence heureuse sur l'état général, et par suite le poumon. Quant aux lésions pulmonaires aiguës post-opératoires, elles sont très rares.

Mais en face d'une infiltration pulmonaire étendue, accompagnée d'accès de fièvre vespéraux, de sueurs nocturnes, d'un amaigrissement rapide, il faut savoir ne pas opérer. De même, s'il existe des selles diarrhéiques fréquentes et rebelles, témoignant de la diffusion des lésions sur la muqueuse intestinale. Une albuminurie abondante, indice d'une néphrite tuberculeuse, parlera dans le même sens.

Technique opératoire. — *Préparation du malade.* — Il est indispensable de remonter pendant quelque temps les forces d'un malade souvent affaibli, pour lui permettre de résister au choc opératoire.

Mais il est surtout nécessaire, d'assurer pour le jour de l'opération la vacuité et l'antisepsie des anses intestinales. Si cette dernière n'est pas complètement réalisable, on peut tout au moins en diminuer la septicité.

Dans ce double but, on prescrira au malade le troisième et le deuxième jour avant l'opération, un purgatif, en même temps on le soumettra au régime lacté. La veille, on lui donnera un lavement, matin et soir et à partir de midi on lui fera prendre quelques centigrammes d'opium. Il sera aussi avantageux de remplacer le régime lacté par

la diète hydrique quinze à vingt heures avant l'intervention.

Choix de l'incision. — Trois incisions ont été proposées pour aborder le segment iléo-cæcal :

1° Voie lombaire ;

2° Laparotomie médiane ;

3° Incision latérale droite.

1° *Voie lombaire.* — L'incision postéro-latérale ou lombo-iliaque (M. Grinda de Nice, M. le Professeur Poirier) a été donnée par M. le professeur Demons (de Bordeaux), comme une voie d'accès très favorable de la région iléo-cæcale. Jusqu'à présent elle n'a été employée que par suite d'erreurs de diagnostic, quand, croyant avoir affaire à un rein mobile, à une tumeur du rein, on rencontrait une tumeur cæcale. Même en pareil cas, nous croyons qu'il serait préférable de refermer la première incision et d'aborder la lésion en avant.

2° *Laparotomie médiane.* — Cette incision présente deux grands avantages : 1° quand le diagnostic de la lésion, de son siège, n'est pas fait d'une façon précise, elle permet un examen facile et complet de toute la cavité abdominale ; 2° quand la résection est impossible, pour quelque raison que ce soit, elle rend très commode la pratique de l'exclusion . On a dit aussi qu'elle exposait moins aux éventrations que les incisions latérales, nous ne le pensons pas. Une suture soignée, qui ne suppure pas, est tout aussi solide sur le côté qu'au milieu du ventre. Par contre, avec une incision médiane, si la tumeur est peu mobile, adhérente, le chirurgien éprouvera beaucoup plus de difficultés pour rompre ses adhérences et l'extérioriser.

3° *Incision latérale.* — C'est pour la raison précédente, que nous pensons préférable l'incision latérale, car elle permet toujours de bien découvrir la lésion. Jusqu'à présent on peut dire qu'elle a été employée par la majorité des chirurgiens. Le malade étant placé en position de Trendelenburg, on incisera donc soit le long du bord externe du muscle droit (Max Schüller, William H. Battle, Kammerer, Jalaguier), parallèlement à la ligne blanche, soit à deux travers de doigt en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure (Roux, Mac Burney), parallèlement à l'arcade crurale, ou encore en plein sur la tumeur. L'incision aura une longueur de 10 à 15 centimètres.

Mobilisation et extériorisation de la tumeur. — Le péritoine ouvert, on limitera le champ opératoire à l'aide de compresses de gaze stérilisées que l'on place dans toutes les directions de façon à isoler la tumeur des autres anses intestinales et de la séreuse péritonéale.

Puis, prudemment et méthodiquement, à petits coups, on détachera les adhérences que la tumeur peut avoir contractées avec l'épiploon, les anses grêles voisines et en dernier lieu la fosse iliaque interne. Les vaisseaux qui saignent pendant cette manœuvre sont pincés au fur et à mesure de leur ouverture. Quant à l'épiploon, on en résèque tout ce qui est trop intimement uni à la tumeur.

Celle-ci, maintenant bien mobile est attirée au dehors de la cavité abdominale, extériorisée avec son anse afférente (iléon) et son anse afférente (côlon ascendant), placée sur un champ de compresses stérilisées. S'il est nécessaire, on introduit de nouvelles compresses sous le bord de l'incision, pour protéger sûrement la cavité abdominale.

Toutes ces compresses doivent être comptées et repérées avec soin.

Coprostase. — Elle consiste essentiellement à comprimer l'intestin au-dessus et au-dessous de la tumeur, de façon à arrêter le cours des matières et permettre la section sur un intestin vide ou à peu près. On peut la pratiquer avec les doigts d'un aide expérimenté, un fil, une lanière de gaze passés autour de l'intestin et modérément serrés, ou par l'application de pinces clamps.

Mais, si le malade a été soigneusement préparé, par des purgatifs répétés et une diète hydrique d'au moins vingt heures, l'intestin est presque toujours vide, affaissé ; la coprostase ne devient pas indispensable.

Résection de la tumeur et du mésentère. — La résection de la tumeur se fera au bistouri ou aux ciseaux. L'emploi du thermo-cautère qui aurait pour avantage d'être exsangue, a par contre l'inconvénient de projeter des gouttelettes septiques sur les régions voisines (par contact du couteau rouge avec le liquide contenu dans l'anse).

La section du mésentère sera en forme de triangle, de coin. La base de ce triangle mesurera exactement la longueur du segment intestinal réséqué ; son sommet ne remontera pas à plus de 8 ou 10 centimètres.

On complétera par l'ablation de tous les ganglions accessibles. Il faudra avoir soin, pendant toutes ces manœuvres de ne pas intéresser l'uretère, la veine cave, les vaisseaux iliaques.

Anus contre nature. — La tumeur enlevée, on ne se décidera jamais à pratiquer un anus contre nature, en abouchant à la peau, les deux orifices de section, iléon et côlon

ascendant. Nous avons trouvé trois observations déjà anciennes, où cette pratique fut suivie : une première de M. Broca, publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 4 mars 1892, une deuxième, communiquée par M. le professeur Reclus à la Société de chirurgie, séance du 15 juin 1892, enfin la troisième de M. le professeur Demons, insérée dans les *Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 15 mars 1897. Les résultats ont été désastreux. Le malade de M. Broca est mort le lendemain de l'opération ; les malades de MM. Reclus et Demons sont morts tous deux, du choc opératoire, après une deuxième intervention tentée pour la guérison de l'anus.

Actuellement, la résection commande toujours après elle le rétablissement du cours des matières.

Rétablissement du cours des matières. — Trois procédés permettent d'arriver à ce but :

1° Réunion bout à bout, entérorraphie circulaire ;

2° Fermeture du côlon, implantation de l'iléon dans le côlon ascendant, anastomose termino-latérale ;

3° Fermeture de l'iléon et du côlon, anastomose latéro-latérale.

1° *Réunion bout à bout, entérorraphie circulaire.* — Au début des résections pratiquées contre la tuberculose cæcale, la continuité de l'intestin fut toujours rétablie par apposition bout à bout de l'iléon et du côlon. Czerny, 1886, 1888, 1890, 1891, 1892, ; Bouilly, 1887 ; Suchier, 1887 ; Tédenat, 1889, 1890 ; Gussembauer, 1889 ; Routier, 1894, etc., etc. L'anastomose était exécutée tantôt à l'aide d'un des nombreux boutons anastomotiques dont le plus connu

est le bouton de Murphy, tantôt par des sutures à points isolés ou en surjet.

Les chirurgiens avaient été amenés à exécuter l'entérorraphie circulaire, parce que souvent le calibre de l'iléon dilaté dépassait ou tout au moins égalait celui du côlon, mais cette égalité est loin d'être constante.

Actuellement, malgré les brillants succès donnés par ce procédé, et bien qu'il soit encore couramment employé en Allemagne, on tend de plus en plus à l'abandonner. Le bouton de Murphy est relégué dans les vitrines ; l'entérorraphie par sutures est aussi délaissée, et avec raison. En effet, après une résection iléo-cæcale assez étendue, il est souvent difficile, d'amener bout à bout, l'iléon et le côlon. Une suture établie dans ces conditions, donnerait naissance à des tiraillements et serait forcément mauvaise. Ajoutons qu'après une entérorraphie circulaire, il n'est pas rare d'observer un rétrécissement au niveau de la bouche anastomotique.

Nous verrons tous ces inconvénients supprimés avec l'anastomose latéro-latérale. C'est pourquoi, nous ne nous attarderons pas à décrire l'entérorraphie circulaire-type et ses variantes opératoires, entérorraphie avec fente de Chaput, entérorraphie avec résection elliptique en avant sur un bout, en arrière sur l'autre (Jeannel), etc.

2° *Anastomose termino-latérale.* — Cette intervention n'a été pratiquée qu'un petit nombre de fois pour la tuberculose iléo-cæcale. Nous avons relevé les cas de Billroth (1889), de Roux (10 mai 1890), Tédenat (25 juillet 1891), Ricard (5 février 1904), opérés tous avec succès.

Le procédé consiste essentiellement dans la fermeture

du gros intestin, puis, une incision longitudinale étant pratiquée à la face antérieure du côlon ascendant, dans l'abouchement du bout inférieur de l'intestin grêle à cet orifice. La technique du procédé suivant, que nous décrirons longuement, nous permet d'être aussi bref ici.

3° *Anastomose latéro-latérale.* — C'est le procédé de choix qui tend actuellement à se substituer aux deux précédents.

Il comprend deux temps essentiels ; l'occlusion du bout supérieur (iléon) et du bout inférieur (côlon), l'accolement latéral de ces deux anses et leur anastomose.

Il peut être avantageux dans ce cas, avant de réséquer la tumeur, d'écraser la ligne de section avec une des nombreuses pinces employées à cet effet, pince de Doyen, pince de Collin. La section étant ensuite pratiquée, on fermera la lumière intestinale par une ligature en masse avec une soie de moyenne grosseur. Un des avantages de la pince est de réduire la grosseur du moignon qui sera cautérisé, puis enfoui à l'aide d'un surjet séro-musculo-séreux, à la soie très fine. Une autre manière de faire, bonne également, consiste à coapter les deux lèvres de la lumière intestinale à l'aide d'un surjet perforant qui est ensuite enfoui également par un second surjet, séro-musculo-séreux. La même manœuvre est répétée sur l'iléon, puis sur le côlon.

On renouvelle alors le champ opératoire, on change les compresses qui ont pu être souillées pendant l'ouverture de l'intestin et on s'aseptise de nouveau les mains. Reste le temps le plus important, l'entéro-anastomose. La fin de l'iléon sera amenée au contact de la portion du côlon

sur laquelle va porter l'anastomose. Ce sera assez souvent le côté gauche du côlon ascendant. Cependant, si la résection dépassant le cæcum, avait porté également sur le côlon ascendant, ou encore, si cette portion du gros intestin n'était pas mobilisable, restait cachée sous le foie, difficilement accessible, on attirerait le côlon transverse, presque toujours doué d'une grande mobilité. Exceptionnellement on aura recours au côlon iléo-pelvien, pourvu d'un large méso. L'apposition dans ces deux cas se ferait à la face inférieure du côlon transverse, ou la face droite, supérieure du côlon iléo-pelvien.

La plupart des auteurs recommandent d'accoler les deux anses dans le sens de la péristaltique. Roux (de Lausanne) juge cette précaution inutile. « On peut, dit-il (in *Revue de Gynécologie* 1900) ne pas se préoccuper du sens habituel de la péristaltique dans les anses utilisées pour le raccordement. Les matières sauront trouver bientôt leur vrai chemin. L'expérimentation nous a montré par exemple, un jeune porc, vivant avec un intestin grêle complètement retourné en sens inverse. » Malgré cette haute autorité de Roux, nous croyons qu'il vaut mieux, quand faire se peut, suivre le précepte formulé par von Hacker, ne pas accoler les deux anses parallèlement, en canons de fusil, mais les disposer de telle sorte que le bout efférent continue la direction du bout afférent.

Les deux anses seront donc accolées « dans le sens de la péristaltique », puis fixées dans cette position à l'aide de deux pinces de Kocher.

α) *Surjet séro-musculo-séreux postérieur.* — On les réunit alors à l'aide d'un premier surjet séro-musculo-séreux. On

se sert pour pratiquer ces surjets de la petite aiguille de Reverdin courbe, ou plus simplement d'une aiguille de couturière ronde et droite. Le fil employé sera du fil de lin, de la soie ou du catgut fins, n° 0 ou 00. Le catgut, tout aussi résistant que la soie, a l'avantage d'être résorbable et de ne pas laisser en un milieu septique, un corps étranger dont l'infection secondaire peut être la cause de fistules stercorales, assez fréquentes. Par contre, avec le catgut les nœuds pour être solides, exigent une plus grande attention. Ce premier surjet vertical, aura une longueur d'au moins 6 à 8 centimètres, sera établi de haut en bas et arrêté tous les trois ou quatre points. Arrivé à l'extrémité inférieure, le chef long du fil sera confié à une pince pour être repris plus tard et servir au surjet d'adossement séro-musculo-séreux antérieur.

β) *Incision de l'intestin.* — L'ouverture de l'intestin, qui aura de 5 à 6 centimètres, sera pratiquée à trois ou quatre millimètres en avant du surjet postérieur, le tout calculé de façon que l'incision, tant sur l'iléon que le côlon, soit diamétralement opposée à l'insertion mésentérique. La paroi intestinale sera soulevée en un pli transversal par deux pinces à griffes, juste au milieu de la suture d'adossement postérieure. Puis, prudemment, par petits coups, l'intestin sera incisé avec le bistouri.

La section pourra être terminée avec les ciseaux. Mais, il faut toujours aller lentement, pour éviter l'issue brusque par l'ouverture d'une trop grande quantité de liquide intestinal qu'il serait impossible d'éponger au fur et à mesure et aussi, pour ne pas blesser la paroi opposée. Car, pendant l'incision, un aide attentif, avec de petits tampons

montés sur pinces, aura pour mission d'enlever le mucus et les particules de matières qui se montreraient à travers les lèvres de la plaie.

γ) *Surjet de réunion totale.* — Les deux lèvres postérieures de l'ouverture iléale et de l'ouverture colique sont alors réunies par un surjet total, occlusif et hémostatique, pratiqué comme le surjet d'adossement postérieur de haut en bas, avec arrêt tous les trois ou quatre points. Arrivé à l'angle inférieur, on remonte de bas en haut et on termine la réunion des deux lèvres antérieures de la bouche, à l'angle supérieur, point de départ. Il faut soigner particulièrement les angles ; c'est toujours l'endroit faible des sutures et il ne faut pas craindre de multiplier les points à ce niveau.

δ) *Surjet séro-musculo-séreux antérieur.* — On reprend alors le chef du surjet d'adossement postérieur que l'on avait confié à une pince et à 3 ou 4 millimètres au devant de la bouche, on pratique le surjet d'adossement séro-musculo-séreux antérieur.

L'anastomose est alors terminée.

Le méso-iléon et le méso-côlon sont unis l'un à l'autre par un surjet, afin d'éviter qu'une anse intestinale engagée entre les deux ne s'y étrangle. Il sera même quelquefois utile de les fixer à la paroi abdominale postérieure par quelques points séparés.

Quand il sera possible de recouvrir les surfaces cruentées laissées par l'ablation de la tumeur avec du péritoine décollé des parties voisines, il faudra recourir à cette manœuvre dont M. Quénu a montré toute l'importance (1).

(1) V. Judet, *De la péritonisation dans les laparotomies*, thèse de Paris, 1902, G. Steinheil, éditeur.

L'intestin remis en place, un drain sera laissé à l'endroit occupé primitivement par la tumeur, un second placé au contact de l'anastomose.

Fermeture de la paroi. — La paroi abdominale sera fermée en un seul plan (doubles crins, fils d'argent, bronze d'aluminium) ou par plusieurs plans (catgut sur le péritoine, les muscles, agrafes ou crins sur la peau), un petit orifice sera laissé à la partie inférieure de l'incision pour le passage des drains.

Soins consécutifs. — Il est prudent d'immobiliser l'intestin pendant les 24 heures qui suivent, à l'aide d'une injection de morphine ou par quelques pilules d'extrait thébaïque.

Le malade ne prendra le soir de l'opération que quelques fragments de glace et quelques cuillerées à café de grog frappé. En cas de shock on injectera 500 grammes de sérum artificiel.

Le lendemain on pourra commencer le lait qui sera donné presque exclusivement et à doses progressives pendant les 4 ou 5 premiers jours. Puis, on aura recours à une nourriture plus substantielle.

On provoquera l'apparition des premières selles vers le huitième jour, en donnant, sans pression, une irrigation rectale ou 20 grammes d'huile de ricin.

Quant aux drains, s'il n'y a pas de réaction péritonéale, pas de suintement trop abondant, on les retirera, le deuxième ou troisième jour, au plus tard.

Facilité relative d'exécution, possibilité d'extérioriser les anses sur lesquelles va porter l'anastomose, d'opérer parconséquent hors du ventre, avec le minimum de dan-

ger d'infection pour la cavité abdominale, possibilité également de négliger l'inégalité de calibre qui existe souvent entre la lumière de l'iléon et celle du côlon, faculté de donner à la bouche anastomotique un aussi grand diamètre que l'on voudra, tels sont les avantages de ce procédé qui a aujourd'hui fait ses preuves dans le traitement de la tuberculose hypertrophique iléo-cæcale (Obs. de Hartmann, Gosset, Tuffier, Routier, etc.).

§ 2. — Exclusion du segment iléo-cæcal.

L'ablation de la tumeur est impossible par suite des adhérences trop nombreuses et trop serrées qu'elle a contractées avec la fosse iliaque, l'épiploon, les anses grêles, ou encore dangereuse par la présence de collections purulentes péri-cæcales, de fistules stercorales, pyo-stercorales. Le chirurgien devra dans ce cas recourir à une opération palliative, qui parfois aura la valeur d'une opération radicale.

L'entéro-anastomose créée par Maisonneuve (Travail sur l'étranglement intestinal, in *Archives générales de médecine*, 1845), a d'abord été employée dans ce but.

Malheureusement les résultats de cette opération ne furent pas toujours suffisants. A côté de cas favorables, comme celui d'Ewald (6 octobre 1895) où, après une iléo-colostomie pour un tuberculome cæcal dont la résection avait été impossible, il y eut disparition complète des troubles intestinaux, diminution considérable du volume de la tumeur, il est plus fréquent de voir la lésion continuer son évolution. Ainsi, chez un opéré d'Albert (1898),

moins de quinze jours après l'intervention, la tumeur avait doublé et atteint le volume d'un œuf d'autruche.

Quand l'entéro-anastomose est tentée contre une tuberculose avec fistule, son insuffisance est encore plus manifeste. La dérivation du cours des matières n'est jamais complète, les fistules continuent presque toujours à sécréter comme auparavant. Voir les observations de Wœlfler (1889), Ewald (1895), Körte (1895), Gayet (1900), etc.

C'est pour parer aux inconvénients de l'entéro-anastomose simple que les chirurgiens ont imaginé les différentes variétés d'exclusion intestinale.

Exclusion partielle. — L'exclusion partielle est une entéro-anastomose avec rétrécissement de l'anse intestinale au-dessous de l'anastomose, rétrécissement qui s'obtient soit comme von Hacker l'a proposé le premier en 1889 en pratiquant un pli transversal formant valvule, ou encore suivant la méthode de M. le professeur Le Dentu (1894, Congrès de chirurgie), en exécutant une série de plis longitudinaux. Mais, pas plus que l'opération de Maisonneuve, l'exclusion partielle ne dérive sûrement le cours des matières : seize jours après l'opération, chez le malade opéré par M. Ricard (18 nov. 1902. In thèse Lance), les matières se montraient de nouveau par la fistule.

Exclusion unilatérale. — L'exclusion unilatérale, section de l'intestin, ici l'iléon, en amont de la lésion, fermeture du bout inférieur et implantation du bout supérieur dans une anse en aval, côlon transverse, ne met pas non plus la lésion intestinale à l'abri des matières (Terrier et Gosset), ne tarit pas les fistules, car le reflux est possible.

Exclusion bilatérale (*Darmausschaltung*). — L'exclu-

sion bilatérale, après double section en amont et en aval de la lésion, isolement complet par conséquent de la portion d'intestin malade, est à l'abri des reproches précédents. Il n'y a plus à craindre l'irritation de l'anse exclue par le passage des matières fécales, l'inoculation de la tuberculose au segment d'intestin sous-jacent. Nous verrons plus loin son heureuse influence sur l'état local et général du malade.

Si l'exclusion bilatérale avait été pratiquée par Trendelenburg en 1885, Salzer le premier en 1892 en posa nettement les indications.

La manière de traiter l'anse exclue seule prête à discussion.

Quatre procédés ont été préconisés :

1° Fermeture des deux extrémités de l'anse exclue (Baracz-Obalinski) ;

2° Fermeture des deux extrémités, mais fistule antérieure laissée ouverte (Eiselsberg), ou création d'une fistule chirurgicale (Lavisé) quand il n'en existe pas.

3° Fermeture d'une extrémité, implantation de l'autre à la peau (Erlach-Köster-Eiselsberg).

4° Implantation des deux extrémités à la peau (Hochenegg).

Malgré les deux succès de Baracz et Obalinski qui, après fermeture des deux extrémités, avaient rentré dans l'abdomen l'anse exclue, cette pratique donne très souvent lieu à des accidents et a été condamnée par la clinique et l'expérimentation. Chez un opéré de Fünke, après fermeture d'une fistule siégeant au niveau du cæcum, puis exclusion totale, éclatent au 3e jour des accidents fébriles qui ne ces-

sent qu'avec la réouverture de la fistule. Un premier malade de Von Eiselsberg présenta des symptômes de péritonite localisée, douleurs, météorisme, vomissements, pouls à 145, qui ne disparurent également qu'après réouverture de la fistule. Un second malade de von Eiselsberg eut des douleurs qui nécessitèrent l'incision du bout distal de l'anse exclue, suturé par prudence à la paroi. Wiesinger rapporte une observation où le côlon entièrement exclu et fixé à la paroi, se perfora spontanément à la 36e heure. Enfin, Roux (de Lausanne) dut intervenir par laparotomie quelques jours après une exclusion bilatérale avec occlusion totale. « La tension au niveau du bout proximal du côlon ascendant avait été si forte que j'ai eu de la nécrose du bord de la suture. La conséquence a été une péritonite larvée et ma seconde intervention avec toilette a été inutile »(Roux).

Au point de vue expérimental, les expériences de Campanini ont démontré la présence dans les anses totalement exclues d'une réunion de bactéries (bacterium coli, staphylococcus aureus et citreus, streptococcus pyogenes, proteus vulgaris), dont il vaudrait mieux la libre issue.

L'anse exclue possédera donc toujours une soupape de sûreté ; ce sera une exclusion bilatérale ouverte.

Technique opératoire. — *Préparation du malade.* — *Désinfection.* — Comme le malade présente une fistule stercorale ou pyo-stercorale, les téguments de la paroi abdominale sont infectés par le passage incessant des matières ; ils sont le siège d'excoriations, d'eczéma qu'il faut guérir avant l'opération.

L'application de pansements humides aseptiques (eau

bouillie) ou faiblement antiseptiques, plusieurs fois renouvelés dans la journée et précédés de grands lavages, donne d'excellents résultats.

La préparation du malade (purgatifs, constipation, diète) ne diffère pas de la préparation employée pour la résection.

Immédiatement avant l'acte opératoire, sous chloroforme, un aide spécial curettera les orifices fistuleux, les touchera à la teinture d'iode, ou au chlorure de zinc, thermo-cautère, puis savonnera, brossera la paroi abdominale au pourtour seulement des fistules ; celles-ci seront ensuite fermées, obturées au collodion, au stérésol. Le reste de la paroi abdominale sera alors désinfecté par un second aide, comme à l'ordinaire, sans passer sur la région des fistules.

Incision. — Le choix de l'incision est important. Celle-ci ne devra jamais porter au siège même de l'organe malade, mais au contraire loin de la lésion à atteindre.

La contamination d'une incision passant au niveau des fistules serait inévitable. De plus en incisant dans la fosse iliaque droite, le chirurgien tombant le plus souvent sur un cæcum adhérent à la paroi abdominale antérieure, entouré de poches purulentes, de trajets fistuleux, d'épiploon et d'anses grêles fusionnés, outre qu'il courrait le risque d'ouvrir la cavité de l'intestin, aurait de grandes difficultés pour se reconnaître. La laparotomie médiane, permettant une exploration plus complète, une orientation plus facile sera donc formellement indiquée ; on la fera sous-ombilicale.

Siège et confection de l'entéro-anastomose. — Le choix

des deux anses sur lesquelles va porter l'entéro-anastomose après exclusion du segment iléo-cæcal étant fait (le plus souvent il s'agira de la fin de l'intestin grêle et du côlon transverse plus mobilisable, plus extériorisable que le côlon ascendant), ces deux anses seront amenées au dehors. Après coprostase, on pratiquera une double section en amont et en aval de la lésion.

Les deux extrémités de l'anse exclue sont fermées provisoirement par un fil de soie et enveloppées dans une compresse.

On rétablit alors la continuité du conduit intestinal par une entérorraphie latérale, pratiquée comme il a été dit dans le chapitre précédent, après occlusion du bout supérieur (iléon) et du bout inférieur (côlon).

Traitement des extrémités de l'anse exclue. — S'il existe une fistule antérieure à l'opération, dont l'orifice suffisamment large permette l'évacuation facile des sécrétions de l'anse exclue, des matières fécales, scybales, corps étrangers (noyaux de cerises) qui s'y trouvent fréquemment au moment de l'opération, on pourra refermer les deux extrémités de l'anse exclue (Eiselsberg).

S'il n'existait pas de fistule (opération pratiquée contre une tuberculose inextirpable) ou que l'orifice fistuleux fût trop petit, trop étroit, plutôt que de fermer les deux extrémités de l'anse exclue et de créer une fistule suffisante (Lavisé), il serait préférable, après fermeture d'un bout, d'implanter l'autre à la peau (Erlach, Köster) ou encore d'aboucher les deux bouts à la peau (Hochenegg). La création d'une fistule ne serait indiquée que par suite du défaut absolu de mobilité de l'anse exclue dont on ne pourrait amener à la paroi l'une ou l'autre extrémité.

On se décide à n'aboucher à la paroi qu'un seul bout, lequel faut-il choisir ? Terrier et Gosset conseillent de suturer à la peau le bout iléal, plus déclive et plus mobile, plus facile à amener à la paroi que le bout colique. Contre cette manière de voir on objecte que la valvule de Bauhin peut mettre obstacle au libre écoulement du contenu cæcal obligé déjà de cheminer en sens inverse de la péristaltique vers l'iléon. Cette critique est peu fondée, tout au moins pour les liquides, qui franchissent facilement la valvule iléo-cæcale.

Nous conseillons, suivant la méthode d'Hochenegg, d'aboucher à la peau les deux extrémités de l'anse exclue. Car, ce qui gêne le malade, ce n'est pas la présence d'un orifice fistuleux en plus, mais bien la quantité de sécrétion qui s'écoule journellement par ses fistules. Or, cette quantité demeure invariable, qu'il y ait 1, 2 ou 3 orifices fistuleux. Par contre, avec double abouchement à la peau, il est commode de pratiquer la vidange de l'anse exclue, même de porter par des lavages sous faible pression des topiques variés au contact de ses lésions. Avec un seul orifice, les lavages encore possibles, sont très douloureux, parfois dangereux. De plus, il n'est pas rare, après implantation des deux extrémités à la peau, de voir les fistules pathologiques se fermer spontanément. Quant au prolapsus de la muqueuse intestinale de l'anse exclue, il n'est pas fréquent ; le plus souvent très léger, on peut y remédier par quelques cautérisations.

L'abouchement à la paroi se pratique suivant la technique usitée dans l'anus artificiel. Hochenegg fixait un bout à l'extrémité supérieure de l'incision de la laparotomie

(lumière du côlon), l'autre à la partie inférieure (lumière de l'iléon), puis il fermait la partie moyenne. On peut encore inciser au niveau de la fosse iliaque, puis, par cette incision attirer et fixer les deux extrémités iléale et colique. La fermeture de la paroi abdominale sera pratiquée en un seul ou trois plans. Mais, les deux pansements de l'incision médiane et de l'incision latérale seront rendus indépendants, pour éviter l'infection de la première plaie.

Les soins post-opératoires sont les mêmes qu'après la résection.

Résultats. — Les résultats de l'exclusion sont très satisfaisants. Etudions-les d'abord, dans la tuberculose non fistuleuse. Dans le cas d'Ulmann (1896), après exclusion bilatérale avec abouchement du bout colique à la peau, il y eut diminution considérable de la tumeur. Dans celui de Frank (1892) (exclusion bilatérale avec abouchement des deux extrémités de la peau), 7 ans après l'opération en 1899, la tumeur était totalement disparue. Il y avait seulement un peu de prolapsus de la muqueuse du côlon et un écoulement de quelques mucosités. La fistule de l'iléon était presque fermée. Un malade d'Ewald opéré en 1898, revu en 1901, avait sa fistule grêle entièrement fermée. La fistule du côlon présentait un prolapsus muqueux de la grosseur d'un haricot, donnant un peu de sérosité qui faisait porter un pansement renouvelé tous les 15 jours. D'autres fois l'exclusion a permis l'extirpation d'une tumeur jugée impossible lors de la première intervention. Cas de Wœlfler, *Prager med. Wensch.*, p. 13, 1896 ; de Friedländer, in Roskoschny, *Zeitschr. f. Chir.* Leipzig, p. 407, 1901.

Voyons les résultats de l'exclusion, quand il existe des fistules. La malade de Wiesinger (1895) (*Münchener med. Woch.*, p. 969, 1133) ne présente plus qu'une fistule sécrétant une minime quantité de pus ; on constate en outre une diminution de la tumeur et une grande amélioration de l'état général. Un malade du professeur Albert, opéré le 29 avril 1898, revu le 12 juillet, avait son ancienne fistule fermée. La tumeur était beaucoup plus petite. Depuis son opération il avait augmenté de 5 kilog. et sa santé avait été parfaite. Un jeune garçon opéré par Gnesda le 19 novembre 1899 engraissa rapidement après l'intervention. Sa tumeur diminua de volume et devint mobile. Un malade de von Friedländer, en six semaines augmenta de 14 livres. L'opéré de M. Ricard, dont l'observation est rapportée dans la thèse de Lance (1903), 3 mois après l'opération, avait augmenté de 18 kilog. ; sa tumeur était en voie de régression et la fistule ne donnait que quelques centimètres cubes de sérosité nécessitant un petit pansement tous les jours.

Ces quelques exemples permettent de se rendre compte des bénéfices que fournit au malade l'exclusion du segment iléo-cæcal. Il faut compter, il est vrai, avec la mortalité opératoire, mais elle est peu élevée, puisque sur les 30 observations que nous avons consultées, nous n'avons trouvé que 2 décès du fait de l'intervention, celui de Conrath, 10 novembre 1895 (in *Beitr. f. kl. Chir.*, 1898), et celui plus récent de Peyrt (14e *Congrès de chirurgie*, 1901).

§ 3. — Traitement des autres formes de tuberculose de la région iléo-cæcale.

Quand la tuberculose est nettement localisée en un point du cæcum, nous conseillons de suivre la pratique de M. Richelot (voir *Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 23 mars 1892) et de faire une résection limitée du cæcum, à la condition que le calibre intestinal ne souffre pas de cette résection partielle. Si la résection devait être trop étendue et qu'un rétrécissement dût en être la conséquence, il vaudrait mieux faire l'ablation complète du segment iléo-cæcal.

La tuberculose des ganglions précæcaux sera traitée par l'extirpation des ganglions malades, ou, si l'extirpation est rendue impossible par suite de leur adhérence trop intime avec la paroi intestinale (en cas de suppuration par exemple), par leur incision suivie de curettage (1).

La tuberculose fistuleuse de la région iléo-cæcale, sans tumeur, réclame le même traitement que la tuberculose avec tumeur : l'exclusion bilatérale du segment malade est nettement indiquée.

Si, par hasard, on se trouvait en face d'une péritonite généralisée par perforation, la conduite du Dr Blum (observation rapportée par Oppenheim et Laubry in *Archives générales de médecine*, 1899) serait à conseiller : laparotomie médiane, recherche de la perforation (recherche difficile, puisqu'elle fut introuvable dans le cas

(1) V. Gérard-Marchant, *Société de chirurgie*, 2 juin 1900.

de Blum), puis enfouissement sous une double suture. Le drainage de la cavité abdominale serait la conséquence nécessaire d'une telle intervention, qui, pratiquée de bonne heure, pourrait donner des succès.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Tuberculose localisée du cæcum traitée par la simple laparotomie*, 20 *août* 1895. — *Guérison.* — Nové-Josserand. *Société des sciences médicales de Lyon*, avril 1896, in *Lyon médical.*

Un enfant de 12 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels suspects de tuberculose, fut pris brusquement au mois de juin 1895 de coliques intestinales violentes et continues, qui, localisées d'abord dans la région de la fosse iliaque droite se généralisèrent ensuite à tout le ventre. Les troubles digestifs furent avec cela peu marqués : pas de vomissements, un peu de diarrhée au début, puis de la constipation, mais jamais de symptômes rappelant l'occlusion intestinale.

L'état du malade persista stationnaire pendant les mois de juillet et d'août. Il continuait à souffrir d'une facon continue et avec une telle intensité qu'une injection de morphine renouvelée chaque jour suffisait à peine à l'empêcher de crier. Il ne mangeait plus, perdit ses forces, maigrit beaucoup et prit un aspect presque cachectique.

Au milieu du mois d'août, il entra à la Charité dans le service de M. le Dr Colrat, suppléé par mon collègue M. Courmont, qui après l'avoir observé voulut bien me confier ce malade. Son état était alors le suivant.

Enfant très amaigri, pâle, l'air anxieux, traits tirés. Apyrexie complète. Aucun symptôme pulmonaire.

A l'*examen* du ventre on trouvait dans la région sus-ombilicale et à peu près sur la ligne médiane une tumeur assez bien limitée, de forme allongée dans le sens transversal, et paraissant avoir le

volume du poing, à surface irrégulière, donnant à la percussion partout de la submatité sans zone de sonorité. La tumeur était assez mobile, non seulement à la main, mais aussi sous l'influence de la respiration et même spontanément, elle ne paraissait se rattacher par aucun point ni au rein, ni au foie. Le reste du ventre était libre et souple partout.

Opération. — On pratiqua le 20 août 1895 une laparotomie exploratrice, et le péritoine ouvert, on trouva la tumeur constituée par le cæcum dont les parois étaient très épaissies, dures, bosselées, avec un revêtement péritonéal rouge, et présentant un aspect chagriné.

Le péritoine pariétal était partout sain, sans adhérences. Sur les anses voisines de l'intestin grêle et sur le côlon ascendant, l'intestin présentait une couleur rouge striée de quelques traînées caséeuses. Il s'agissait évidemment de tuberculoses localisées du cæcum.

Après avoir discuté l'indication d'une résection de l'anse iléo-cæcale, avec entérorraphie immédiate, opération qui fut rejetée parce que l'enfant ne semblait pas être assez résistant pour supporter un tel traumatisme, on referma le ventre après avoir saupoudré d'iodoforme et frotté avec de la gaz iodoformée les parties malades.

Les *suites* furent très simples. Dès le lendemain, grande amélioration, le malade put se passer de morphine. Au bout de 2 ou 3 jours, les douleurs avaient complètement disparu, les fonctions digestives se rétablirent, l'appétit revint, et le 4 septembre l'enfant put quitter la Charité opératoirement guéri.

Revu le 7 octobre, l'enfant était déjà méconnaissable, il avait engraissé beaucoup, ses fonctions digestives s'effectuaient normalement, il n'avait plus ressenti depuis l'opération aucune douleur. Le ventre était souple partout, on ne trouvait plus au niveau du cæcum de tumeur délimitée, à peine pouvait-on sentir encore un peu d'empâtement profond de la région cæcale.

Le malade n'a pas été revu depuis, mais on a eu de ses nouvelles à deux reprises, au mois de décembre et au mois de mars. Il continue à se porter très bien. Sa mère écrit qu'il est devenu grand et fort, il a engraissé de plus de 10 kilogs et se livre à tous les travaux des enfants de son âge.

Obs. II. — *Tuberculose hypertrophique de la région iléo-cæcale. — Résection : anus contre nature (hôpital Broussais,* 1890). — *Mort deux mois après, à la suite d'une deuxième intervention pour la guérison de l'anus.* — Reclus, *Bulletins de la Société de chirurgie,* 15 juin 1892.

Il y a deux ans, une jeune femme m'est envoyée à Broussais pour une énorme tuméfaction de la fosse iliaque droite. Le mode d'invasion du mal me faisait penser à une appendicite ; mais le volume du foyer, ses bosselures, sa dureté, la lenteur de l'évolution, me rappelaient une tuberculose cæcale que nous avions observée avec le Professeur Vulpian au temps où l'appendicite n'était pas connue. Nous intervenons avec cette idée ; mais l'aspect charnu de la tumeur, l'absence de masses caséeuses ramollies nous la firent abandonner au cours de l'opération ; nous extirpons avec la plus grande difficulté et au prix de délabrements considérables, une tumeur adhérente au péritoine pariétal, et nous dénudons la fosse iliaque et le flanc droit jusqu'à la moitié inférieure du rein. Nous suturons, à l'angle inférieur de la plaie, les deux bouts de l'intestin sectionné, et nous bourrons avec de la gaze iodoformée la cavité qu'avait laissée la masse enlevée et que les anses intestinales voisines n'étaient pas venues remplir.

Nous augurions mal d'une telle intervention, mais nous en fûmes pour nos craintes : le cours des matières, fort compromis avant l'opération, se rétablit facilement par notre anus artificiel ; la cavité se combla avec rapidité ; la malade très cachectique engraissa et, au bout de deux mois, son état était si satisfaisant que je songeai à rétablir la continuité de l'intestin dont le bout inférieur avait été maintenu actif par des injections quotidiennes de lait ; je m'adressai pour cette opération à l'un de nos collègues qui s'occupe avec un grand succès de sutures intestinales. Malheureusement, l'intervention fut plus difficile et surtout beaucoup plus longue que ne l'avait supposé notre collègue, et la malade ne put supporter le choc opératoire. J'oubliais de vous dire que la tumeur que nous avions étiquetée cancer, d'après son aspect à l'œil nu, fut déclarée à un premier examen : « tumeur d'origine inflammatoire », et à un second, provoqué

par la découverte à l'autopsie de ganglions mésentériques caséeux, « tuberculose de l'appendice du cœcum, de la valvule iléo-cæcale et du côlon ascendant ».

Obs. III. — *Tuberculose du cæcum. — Ablation par le procédé de Bloch le* 16 *mai* 1895 *par le professeur Demons. — Mort* 28 *heures après le deuxième temps de l'intervention ; examen anatomo-pathologique. —* Chavannaz et Carrière, *Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 15 mai 1897, in *Journal de médecine de Bordeaux*, 6 juin 1897.

Homme de 42 ans, sans antécédents dignes d'être rapportés, entré le 1er mai 1895 dans le service de M. le professeur Demons.

Depuis quelques mois, cet homme était en proie à une constipation opiniâtre ; il avait maigri et perdu ses forces.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le ventre, légèrement ballonné, offrait, au niveau de la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'un gros poing d'adulte, à peu près mate à la percussion, assez mobile. La constipation et l'anorexie étaient très marquées. Le malade avait les téguments pâles ; il offrait un aspect cachectique. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de symptômes pulmonaires appréciables.

Le diagnostic de cancer du cæcum fut porté avec quelques réserves.

M. le professeur Demons ne croit pas devoir lui refuser le bénéfice d'une intervention.

Opération. — Le 16 *mai* 1895, après anesthésie chloroformique, incision de 15 centimètres parallèle à l'arcade de Fallope, mais située à deux travers de doigt au-dessus. On tombe rapidement sur une grosse tumeur non adhérente à la paroi abdominale antérieure, rouge, légèrement bosselée, formée par le côlon ascendant, le cæcum et la portion terminale de l'intestin grêle. Du reste, il est un peu difficile de dire où finit l'intestin grêle et où commence le gros intestin ; on passe de l'un à l'autre par une transition insensible. L'appendice lui-même ne peut être retrouvé ; il s'en est en quelque sorte effacé. La tumeur est très peu adhérente aux parties voisines, et très facilement elle peut être attirée au dehors. On maintient cette tumeur dans

la nouvelle situation qu'on lui a donnée et on passe à travers le méso deux mèches entourées de gaze iodoformée.

Somme toute on pratique le premier temps de l'opération de Bloch, seulement il n'est pas fait de suture séro-séreuse.

Le malade a bien supporté cette intervention.

L'intestin est ouvert au thermocautère le 21 mai ; mais il ne sort que quelques bulles de gaz, et le calibre du canal intestinal est tellement minime que, bien que la section ait été faite à dessein perpendiculairement à l'axe de l'anse herniée, on ne peut en aucune manière nettement distinguer la lumière de l'intestin.

Le 23 *mai*, sous chloroforme, résection de la tumeur. Cette opération est rendue difficile parce que la tumeur s'est retirée vers la cavité abdominale, sollicitée qu'elle est par les tractions de son méso auxquelles l'absence de suture séro-séreuse ne manque pas de laisser le champ libre. Cette résection est faite au thermocautère, par mor cellement, doucement, prudemment, afin de ne pas entrer dans la cavité péritonéale. On ne s'arrête que lorsque la tumeur a été rasée et qu'on est arrivé à un intestin d'apparence saine.

Le malade se réveille mal, le pouls est petit, misérable. A deux re prises, nous faisons une injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum ; mais tout est inutile, le malade succombe 28 heures après l'opération.

A l'autopsie, nous ne trouvons aucune trace de péritonite ancienne ou récente ; pas de lésions intestinales, quelques ganglions mésentériques du volume d'une petite noisette.

Suit la description histologique détaillée de la pièce dont nous voulons seulement retenir les conclusions.

Dans la couche sous-muqueuse, on ne trouve pas de granulations tuberculeuses contrairement à ce qui se passe dans l'entérite tuberculeuse. Nous ne notons dans cette couche que des altérations épithéliales (dégénérescence muqueuse), des dégénérescences kystiques des glandes qu'avait déjà signalées Pilliet et une infiltration embryonnaire en nappe diffuse.

Dans le chorion sous-muqueux, on trouve la même infiltration embryonnaire. Mais, alors que Pilliet y signale une grande quantité

de follicules tuberculeux, nous n'y avons rencontré que de rares cellules géantes sans follicules typiques. En revanche, comme ce dernier auteur, nous devons remarquer l'abondance des ectasies vasculaires et des hémorrhagies interstitielles.

La cellulaire sous-muqueuse est également infiltrée. On y trouve des follicules tuberculeux, mais ils ne sont jamais classiques, comme le dit Pilliet ; ils ne présentent pas de couronnes de cellules épithélioïdes. A leur niveau, disparition des fibres élastiques.

Les faisceaux de la musculeuse sont dissociés par l'infiltration embryonnaire, par l'existence de travées scléreuses et de follicules tuberculeux typiques. On note l'atrophie simple, l'atrophie pigmentaire et la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires.

C'est dans la sous-séreuse que se trouvent les lésions les plus intéressantes, celles qui, à notre avis, expliquent la façon dont cette tuberculose cæcale simule le cancer de l'organe.

Les travées de sclérose et l'infiltration embryonnaire de cette couche viennent donner au cæcum une rigidité presque absolue. C'est à ce niveau que se trouvent de très volumineuses granulations tuberculeuses, bien circonscrites par une mince couche de sclérose.

Notons enfin le nombre infinitésimal de bacilles de Koch rencontrés dans ces lésions, fait qui est peut-être en rapport avec l'évolution lente du mal.

Obs. IV. — *Tuberculose du cæcum. — Résection. — Entérorraphie circulaire par sutures. — Guérison.* — Czerny, 12 juin 1886, in *Centralbl. für Chir.*, 1889, S. 297.

Christine W..., 34 ans, couturière, paraît avoir perdu des parents de tuberculose. A eu des glandes dans sa jeunesse et mal aux yeux. Opérée en 1871 pour ses glandes. En 1885, elle entre à l'hôpital de Mannheim pour une inflammation du ventre avec forte fièvre. Depuis 6 semaines elle a des nausées accompagnées de collapsus. Traitée pendant 6 semaines sans résultat à la clinique médicale, elle fut transportée le 4 janvier à la clinique chirurgicale. Ventre tendu, douloureux à la pression ; pouls parfois filiforme. Après les poussées aiguës, la sensibilité ne diminuait pas ; elle était obligée de prendre

des lavements pour aller à la selle. L'urine contenait de petits corpuscules rouges avec un peu d'albumine qui disparut deux jours après.

Etat actuel. — Femme maigre, pâle. Ventre ballonné ; à droite et au-dessous de l'ombilic on perçoit un corps épais et lisse, de la forme et du volume d'un rein, descendu dans le petit bassin où son bord inférieur est accessible par le vagin. Il se laisse déplacer jusqu'à la région lombaire droite. L'ovaire droit est augmenté de volume. Les organes génitaux sont normaux. Dans l'aisselle on sent des ganglions mobiles de la grosseur d'un œuf de poule, on en sent également à la nuque et au cou du volume d'un haricot.

Le 9 *janvier* 1886, on fit la néphrorraphie.

La malade partit le 5 mars ; le 25 mai elle revenait avec les mêmes douleurs qu'autrefois.

La tumeur se déplaçait comme avant l'opération, il n'y avait pas trace d'albumine dans l'urine.

Opération. — Incision de 13 centimètres le long du bord externe du grand droit ; on trouve une tumeur située à la jonction de l'iléon et du cæcum, remontant sur la partie inférieure du côlon ascendant. Le rein droit était à sa place normale ; la tumeur se laisse attirer hors de la plaie abdominale et on l'entoure de compresses. Puis l'intestin est lié en haut et en bas de la tumeur, ainsi que le mésentère, avec une ligature élastique. Les portions malades, avec la portion correspondante du mésentère, furent réséquées. Les deux ouvertures intestinales furent réunies au moyen de la suture à deux rangs ; d'abord 6 sutures séreuses postérieures, 1 suture muqueuse courte et interne, puis 12 sutures muqueuses antérieures et 13 sutures séreuses à la soie.

L'orifice du mésentère est fermé par quelques sutures en boutonnière. Fermeture de la plaie abdominale avec deux plans de sutures. Durée de l'opération, 2 h. 1/4.

Examen anatomique. — La portion réséquée de l'intestin comprend 3 centimètres d'iléon et 14 centimètres de cæcum et de côlon ascendant. La valvule de Bauhin est perdue dans du tissu de cicatrice. A sa place on trouve une sténose du canal intestinal. L'ectropion de la muqueuse a disparu ; la muqueuse de la cicatrice est

blanche. Vers le côlon se touve une ulcération circulaire, serpigineuse, avec de petits îlots dans le tissu sain. Le fond est mou, les bords en bourrelets.

Une autre ulcération large de 4 centimètres qui semble cicatrisée, se trouve près de l'extrémité terminale de l'intestin réséqué. Le mésentère contient des ganglions lymphatiques plus ou moins gros, en partie caséeux.

L'appendice vermiforme est également épaissi ; la muqueuse est ulcérée et détruite.

Suites. — Fièvre légère, maximum 39° ; dans les premiers jours, on administre de l'opium et de la morphine. Nourriture liquide depuis le 13 *juin* ; 14e jour, nourriture solide.

On constate le 14 juin, en enlevant le pansement, qu'il y a guérison sans suppuration.

6 *juillet.* — Elle quitte le lit.

9 *août.* — Elle a augmenté de poids, digestions régulières, pas de douleurs.

Du 9 *septembre* 1886 au 8 *mars* 1887, légère diminution de poids, douleurs abdominales, diarrhée.

Le 11 *mars* 1889, 3 ans après l'opération, elle est en bon état. La cicatrice est bien lisse, les ganglions inguinaux sont plus accusés à droite qu'à gauche.

A l'aisselle et au cou, les ganglions ont augmenté de volume ; elle a chaque jour 2 ou 3 selles diarrhéiques. Mais les poussées douloureuses du début n'ont jamais reparu.

Obs. V. — *Tuberculose du cæcum. — Résection. — Entérorraphie circulaire. — Petite fistule pyo-stercorale. — Guérison.* — Bouilly, 6 décembre 1887. — *Congrès français de chir.*, 1889 et *Bull. Soc. chir.*, 2 mars 1892.

Femme de 44 ans, entrée à la Maternité le 1er décembre 1887, n'ayant jamais eu de maladie.

Son mal a débuté, il y a 5 ans, par des douleurs de ventre et des vomissements alimentaires, se produisant sous forme de crises durant quelques jours. Peu à peu, les périodes de douleurs et de vomisse-

ments se rapprochent à tel point que, dans le courant de 1887, pendant plusieurs mois, il n'y eut pas disparition des accidents un seul jour.

Les douleurs, qui persistaient dans l'intervalle des crises, étaient augmentées par la marche ; elles siégeaient toujours dans les régions sous-ombilicales. A aucun moment, il n'y eut de mal d'estomac.

Les douleurs survenaient ou s'aggravaient 3 ou 4 heures après les repas, donnant des sensations de brûlure.

A chaque accès de douleur correspondait un vomissement alimentaire, jamais bilieux ni aqueux, avec éructations sans fétidité. Jamais d'hématémèses, ni de mélœna.

La malade ne s'est aperçue d'une grosseur dans la fosse iliaque droite qu'il y a huit mois ; la tumeur n'avait pas beaucoup grossi depuis son apparition.

De temps à autre, les douleurs s'irradiaient dans la cuisse droite. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Elle ne s'était alitée que pendant un mois.

Depuis 2 ans, diminution des forces, mais altération de l'état général depuis 8 mois surtout ; perte de l'appétit, amaigrissement très prononcé, la malade se traîne. Pas de fièvre le soir.

Etat actuel, 24 octobre 1887. — Organes thoraciques sains.

Ventre plat, souple, sonore, sensible au niveau de la tumeur dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur est grosse comme le poing, immobile sur les parties profondes, sans adhérences à la peau, dure, sonore, douloureuse. Elle n'envoie aucun prolongement dans le petit bassin ; elle n'adhère ni à l'arcade crurale, ni à la crête iliaque. Son bord supérieur remonte jusqu'à la ligne horizontale passant par l'ombilic. Foie normal, estomac et intestin non dilatés. Rien à noter au toucher vaginal.

Après des purgatifs sans effet, la question de tumeur stercorale fut jugée. Dès lors, une tumeur maligne de l'intestin dans la région iléo-cæcale fut fermement diagnostiquée.

La malade fut purgée l'avant-veille et nourrie de bouillon et de lait, pour éviter l'accumulation des matières dans l'intestin.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Incision sur la ligne

blanche d'une étendue de 8 à 10 centimètres. La main introduite dans l'abdomen trouve rapidement la tumeur siégeant à droite ; elle est adhérente à la fosse iliaque, mais les adhérences se laissent facilement détacher ou allonger. La tumeur est assez facilement amenée à l'extérieur. On constate donc qu'elle est développée aux dépens de la région iléo-cæcale de l'intestin ; elle a le volume du poing. Du côté gauche, on voit venir l'intestin grêle qui s'y jette perpendiculairement ; en haut, la tumeur se continue avec le gros intestin ; en bas, elle se prolonge sous forme de boyau conique de la grosseur du doigt, qui est l'appendice.

A l'angle des deux intestins, se voit la terminaison du mésentère contenant quelques ganglions.

Un gros fil de soie est passé dans le mésentère et étreint modérément l'intestin à 3 centimètres environ de la portion malade sur chaque intestin, de manière à prévenir l'effusion des matières. Une pince à pression est également appliquée sur chaque bout en dedans du fil.

La section porte sur l'intestin entre le fil et la pince. Une forte pince à pression est encore appliquée sur un repli du péritoine qui fait saillie quand on soulève le paquet intestinal et qui n'est autre chose que le méso-cæcum.

La section est commencée à petits coups de ciseaux du côté de l'intestin grêle ; elle ne laisse couler que très peu de sang et il ne s'échappe ni gaz ni matières. Du reste l'intestin est vide et aplati, grâce à la diète. Deux ou trois pinces à forcipressure sont placées sur les vaisseaux de l'intestin, la striction par le fil n'étant pas assez forte pour arrêter le cours du sang dans les artères.

On sectionne de même le gros intestin ; hémostase achevée comme plus haut. Il est enlevé ainsi un coin mésentérique dont nous donnerons les dimensions.

La section terminée, on s'aperçoit qu'il reste dans le mésentère quelques ganglions suspects et on en enlève quatre, gros comme des haricots.

Pas une goutte de sang ne tombe dans le péritoine protégé par une éponge. Trois ligatures à la soie moyenne sont placées sur le

pédicule représenté par le méso-cæcum, huit ligatures à la soie fine sur les points saignants.

On procède alors à la suture intestinale.

Il n'est pas fait de suture mésentérique, les bords du mésentère sont au contact, quand les bouts intestinaux sont rapprochés. Je crois qu'il est bon de mettre le moins de sutures possible sur le mésentère, pour ne pas compromettre la vitalité de l'intestin. Les sutures sont faites à la soie fine portée sur l'aiguille ordinaire fine. Le premier point est fait au bord libre, le deuxième au bord mésentérique, de manière à avoir de suite les parties dans les rapports où elles devront être fixées.

La suture est faite par le procédé Lembert-Czerny à deux étages ; la première suture (de Lembert) comprend 15 fils ; la suture de Czerny faite au-dessous de la précédente est exécutée avec 12 fils. Occlusion parfaite, le calibre extérieur de l'intestin n'est pas modifié ; je m'assure que la circulation gazeuse se fait facilement d'un bout à l'autre.

Je n'ai eu aucune difficulté à aboucher l'intestin grêle avec le gros intestin, la différence de calibre étant peu considérable ; les deux intestins étaient vides et aplatis et ne présentaient en rien la différence de calibre si gênante qu'on rencontre dans le cas d'étranglement herniaire ou d'obstruction intestinale quelconque. L'intestin est lavé légèrement à la solution phéniquée tiède à 1/20, puis replacé dans le ventre ; au-dessus on applique le grand épiploon.

Le péritoine est lavé avec un litre d'eau bouillie, le lavage ne ramène que quelques petits caillots. Sutures abdominales profondes au fil d'argent ; superficielles, au crin de Florence. Pas de drainage, durée 1 h. 1/4. Pas de shock. Suites fort simples ; le 7e jour les fils sont enlevés, la réunion est parfaite sauf à l'angle inférieur de la plaie où une petite fistule pyo-stercorale donne pendant environ trois semaines pour se tarir définitivement le 4 janvier 1888.

Le malade sort le 7 février.

Examen de la pièce. — Longueur totale 16 centimètres, comprenant 6 centimètres pour le petit intestin, 10 pour le gros. Le petit doigt introduit par l'iléon reconnaît l'existence d'un rétrécissement canaliculé, irrégulier, dans lequel il ne peut pénétrer qu'en forçant

et avec difficulté. Intestin ouvert suivant son bord mésentérique.

Début probable du néoplasme à la valvule. De là il a gagné les deux intestins. Parois épaissies ; végétations de la muqueuse faisant saillie dans la cavité. Valvule presque méconnaissable.

Appendice gros comme le petit doigt ; lumière libre.

A la coupe les parois sont épaissies et près du cæcum on voit une masse bleuâtre, homogène, dans laquelle existe un semis de points jaunâtres.

Le Dr Pilliet conclut à un lymphosarcome limité de l'intestin.

Dans sa communication à la *Société de chirurgie*, du 2 mars 1892, M. Bouilly ajoute : Une nouvelle étude des pièces réséquées par M. Pilliet (*Bul. Soc. anat.*, juillet 1891) a démontré qu'il s'agissait d'un tubercule lymphoïde du cæcum. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion de M. Terrier, à savoir qu'on avait dû cataloguer, sous le nom de cancer du cæcum, des néoplasies cæcales d'origine tuberculeuse. La connaissance de ces faits est importante. Cette lésion est d'un pronostic plus favorable que le cancer et son ablation peut donner de bons résultats thérapeutiques. Mon opérée de décembre 1887 était encore en bonne santé en juillet 1891. Je n'en ai pas de nouvelles depuis cette dernière époque.

Obs. VI. — *Tubercules du cæcum. — Résection très étendue le 10 mai 1890. — Anastomose termino-latérale. — Guérison.* — Roux, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1891, p. 688.

Mme Marie J. R..., 28 ans, mariée, sans enfants, ni fausse couche. A l'âge de 20 ans, en automne, après un effort violent en arrière, elle ressentit pendant deux jours des douleurs suraiguës dans la région iléo-cæcale Au printemps suivant douleurs violentes pendant une journée entière, au même endroit. Dès lors chaque année, au printemps et en automne, la malade avait sa crise pour un jour, vomissant chaque fois, avec frissons et « tortillées horribles » dans tout le ventre, surtout à droite. Cependant elle était si bien habituée à voir sa crise se terminer après 24 heures qu'on n'appelait pas le médecin. Jusqu'à son accident, elle digérait bien mais était toujours un peu constipée. Jusqu'à l'été 1889 son état était satisfaisant : la

crise ne durant jamais plus d'un jour et faisant place à une euphorie absolue, elle ne s'en préoccupait pas outre mesure. Jamais elle n'avait de sensation désagréable dans la région, entre deux accès. Jamais elle n'a regardé dans ses selles et ne peut dire si elle rendait du pus.

Après avoir joui d'un embonpoint remarquable pendant l'hiver 1888-89, elle maigrit quelque peu, fut prise dans l'été suivant d'une diarrhée qui ne l'a plus quittée et eut sa crise d'automne, comme d'habitude, sans cause connue, avec l'accompagnement ordinaire de renvois, vomissements, douleurs, etc.

Cette fois, l'état normal ne dura que 3 semaines ; puis elle ressentit çà et là des maux de ventre qui débutent à l'ombilic, passent à l'épigastre et se promènent dans tout le ventre à droite. Depuis Noël 1889, elle a une sensation permanente de brûlure dans le ventre, puis des douleurs qui parcourent tout l'abdomen, se transformant en élancements dans la région cæcale, qui est devenue douloureuse à la pression. Elle a perdu l'appétit depuis longtemps, mais elle est de temps à autre affamée pendant une semaine. Depuis le commencement de l'année, elle a souvent soif, un appétit nul ou capricieux, elle se trouve fantasque, d'humeur pénible ; elle est gaie ou pleurniche sans raison. Autrefois très gaie. Elle a 1 à 3 selles par jour, dans lesquelles on a trouvé ces derniers temps des débris de membranes, ce qu'elle appelle de la « râclure de boyau ».

Elle est très affaiblie, tousse un peu depuis l'hiver. Règles régulières, lentes, durant plus d'une semaine, moins abondantes depuis quelques mois, douloureuses depuis l'hiver, avec irradiations dans le ventre, les reins et exacerbations du malaise cæcal.

Un père poitrinaire ainsi qu'une tante et les grands-parents.

État au 9 mai 1890. — Femme amaigrie, anémiée. Habitus phtisique. Poumons sains, sauf en avant à droite un soupçon de bruit d'expiration.

Le ventre aplati, légèrement tendu, présente dans la région appendiculaire une tumeur qui occupe la moitié externe de l'espace spinoso-ombilical, longe la bonne moitié du ligament de Poupart, sensible à la palpation et à la percussion, surtout en son centre qui est mat, tandis que les bords le sont moins nettement. Le cæcum

et le côlon offrent une certaine résistance, mais par leur paroi seule car ils sont vides. A la palpation plus exacte, on croit percevoir vaguement une fluctuation dans la profondeur, mais la tumeur quelque peu mobile dans la fosse iliaque n'est pas adhérente à la paroi abdominale antérieure.

Le toucher vaginal montre l'utérus et ses annexes en état normal, sans aucune connexion avec la tumeur.

Diagnostic. — Périty phlite appendiculaire perforatrice, probablement avec tuberculose cæcale.

Le 10 *mai* 1890, avant l'opération, un examen complémentaire en narcose fait reconnaître que la tumeur n'est pas un abcès simple, mais une tumeur creuse, à parois épaisses, tympanique par places, représentant probablement un paquet d'adhérences qui englobe le cæcum.

Opération. — Incision ordinaire, on trouve que la tumeur comprend dans des adhérences friables le cæcum, l'appendice, l'abcès éventuel, etc.

On ne peut rien distinguer, mais on est sûr que le diagnostic de tuberculose est juste, car on voit l'iléon élargi pénétrer le cæcum tout près de l'extrémité inférieure de la tumeur, dans laquelle le bout libre du cæcum est noyé. On sent la paroi du cæcum, du côlon ascendant et jusqu'au côlon transverse, très épaisse, résistante, dure, friable, et on voit que la tuberculose intestinale s'étend très bas au-dessous de la valvule et même quelque peu au-dessus. On décide, sans plus chercher, d'enlever le cæcum, etc., puisque le doigt enfoncé dans l'iléon ne peut absolument pas s'engager dans la valvule de Bauhin.

On détache toute la tumeur de la fosse iliaque en mettant à nu le muscle ; on sectionne l'iléon à 6 ou 8 centimètres au-dessus de la valvule et on l'abouche dans le côlon transverse par trois plans de sutures par dessus lesquelles on attire le mésentère et l'épiploon ; la paroi du côlon transverse elle-même est infiltrée, friable, épaissie, ce qui rend la suture difficile. L'iléon rabattu en haut pénètre le côlon par la face opposée au mésocôlon. On enlève alors la tumeur avec tout le côlon ascendant et une partie du côlon transverse ; on

fait pour cela de nombreuses ligatures en dedans du cæcum et du côlon ascendant, on voit le nerf crural, l'artère iliaque interne, l'uretère, etc. On ferme ensuite le côlon transverse à la façon d'un cæcum, par trois plans de sutures, également très difficiles à poser à cause de la friabilité des parois.

Tamponnement de la fosse iliaque avec de la gaze iodoformée, une éponge, deux drains accolés, réunion des deux extrémités seulement de la plaie, plan par plan. Le nouveau cæcum est dans l'angle supérieur de la plaie.

Sur la pièce excisée on voit l'iléon pénétrer le cæcum par une ouverture qui ne permet pas d'introduire un petit doigt de petite main. Valvule rigide, friable, épaissie, composée de granulations et de verrues comme toute la muqueuse du cæcum. Le bord libre de cette valvule, au lieu de flotter dans l'intérieur, est accolé dans tout son pourtour à la paroi du cæcum, sauf en un fin trajet (laissant passer tout juste la sonde) vis-à-vis de l'embouchure de l'iléon. Toute la muqueuse est détruite, il n'en reste que de petits îlots arrondis en massue ou plutôt en gouttes qui représentent des bourgeons finement pédiculés dont les têtes se touchent toutes, ce qui forme sur toute la surface du cæcum et du côlon, en diminuant peu à peu jusqu'au point d'anastomose, un gazon de verrues arrondies ou allongées, coniques ou en massue (quelquefois ressemblant aux papilles de la langue), se touchant toutes à leur extrémité libre, laissant entre elles à leur base une surface ulcérée, unie, où l'on ne voit pas trace de muqueuse. La paroi intestinale au-dessous est épaissie du double, ailleurs du triple, infiltrée, friable, de la consistance du carton.

On cherche en vain à passer la sonde sous le bord dit libre de la valvule (accolé à la paroi interne du cæcum) pour arriver dans le cul-de-sac situé au-dessous. Cependant il reste plus bas que l'embouchure de l'iléon une masse arrondie, résistante, formant la moitié et plus de la tumeur ovoïde palpée avant l'opération. Cette tumeur comprend des masses d'adhérences conjonctives, lâches à la surface, denses et dures dans la profondeur, comme un exsudat paramétrique. Coupant dans la masse, on reconnaît un tissu cicatriciel

jeune, turgescent, friable, infiltré de pus à mesure qu'on enfonce, pour pénétrer enfin dans un abcès qui coiffe le fond du cæcum et contient quelques granulations fongueuses, une cuillerée à café de pus et les restes de l'appendice ; celui-ci est recroquevillé, perforé et transformé en une masse fibreuse, infiltrée, englobé qu'il est dans la gangue conjonctive néoformée. On réussit cependant à introduire du dehors dans sa lumière une sonde cannelée, qui pénètre facilement dans le cul-de-sac du cæcum, au-dessous de la valvule, dont le bord dit libre est adhérent au pourtour de la paroi cæcale de manière à isoler presque complètement le cul-de-sac proprement dit. L'appendice présente la perforation en son milieu.

La transformation verruqueuse papillaire du revêtement interne du côlon et du cæcum se laisse poursuivre dans ce diverticule rétro-valvulaire et jusqu'à l'entrée de l'appendice inclusivement.

Le soir du jour de l'opération la malade est un peu agitée. Morphine ; champagne. Peu de nausées.

Le 12 *mai* on renouvelle le pansement, on replace les drains et un peu de gaze iodoformée.

Le 14, on trouve quelques débris fécaloïdes dans la plaie, le soir des fèces liquides ; le nouveau cæcum cousu malheureusement à la soie et appliqué par sa ligne de sutures contre les tampons n'a pas pu s'accoler contre une paroi mieux nourrie que ses propres bords, peu aptes à la guérison par première intention.

On fait alors le pansement chaque jour avec irrigation de la plaie à l'eau salée, térébenthinée, salicylée, etc.

Le 21, la plaie se ferme rapidement ; état général excellent. Fèces beaucoup moins fréquentes.

Le 23 *juin* on voit encore quelques débris fécaloïdes ; la plaie est fistuleuse. Le 29, la malade se lève, on fait un léger pansement collodionné.

Le 11 *juillet* Mme J. R. quitte l'hôpital pour les bains de Lavey, avec une fistulette qui donne à peine quelques gouttes de sécrétion. Elle est transformée physiquement et moralement, son appétit est excellent et elle digère bien. Selles régulières, normales.

Diagnostic anatomique de M. le Professeur Stilling ; ulcérations tu-

berculeuses du côlon, du cæcum et de l'appendice vermiforme. Tuberculose des ganglions lymphatiques adjacents, etc., etc.

Obs. VII. — *Typhlite tuberculeuse avec fistule pyo-stercorale de la région hypogastrique. — Résection du cæcum. — Suture côlon et iléon bout à bout le 13 décembre 1890 par* Jamel *et* Tluyette. — *Mort 40 jours après par entérite tuberculeuse.* — Villeneuve, *Marseille médical*, 1897, p. 101.

T..., 29 ans.

Antécédents personnels. — Néant.

En 1882, après plusieurs nuits passées sous la tente, sur un sol humide, le malade est pris de violentes coliques et diarrhée. Douleurs localisées à la F. I. D., mais se manifestant aussi à gauche.

Amaigrissement considérable.

Lorsque le malade restait deux ou trois jours sans aller à la selle, il éprouvait de violentes douleurs dans la fosse iliaque.

Jamais d'ictère, ni accès de fièvre. Mauvaise alimentation, pas d'excès alcooliques.

Le malade a été opéré il y a deux ans pour une grosseur de la fosse iliaque. Il en est résulté une fistule pyo-stercorale, qui donne un écoulement continu. Selles par l'anus tous les deux jours.

Le malade est amaigri, facies tuberculeux, bien que l'auscultation ne révèle rien de bien net.

Opération, le 13 décembre 1890 par les Drs Jamel et Tluyette avec l'aide de Melchior Robert, chef de clinique.

Depuis 8 jours, diète lactée ; 2, puis 4, puis 5 grammes de naphtol par jour. Calomel la veille, injections bi-quotidiennes par les fistules et l'anus.

Deux essais de dilatation des fistules par le laminaria ont été très douloureux et sans effets.

Anesthésie laborieuse, 20 minutes.

L'incision au niveau des fistules arrive sur l'aponévrose puis rencontre des tissus épais, lardacés.

En décollant avec soin, mais avec peine, on arrive au péritoine. Ouvert en bas, il est débordé en haut sur le doigt, avec des ciseaux. Le cæcum volumineux, épaissi, lardacé, d'aspect presque cancéreux,

est attiré avec peine au dehors. Le méso épais et dur est comme truffé de ganglions hypertrophiés.

Après avoir sectionné entre deux pinces plusieurs adhérences épiploïques, les deux extrémités du cæcum sont saisies dans le mors des pinces à branches garnies de caoutchouc et il est excisé en entier. L'étendue correspondante du méso est aussi enlevée et la surface de section fermée par un surjet à la soie qu'il faut immédiatement refaire, car les tissus friables se déchirent, d'où perte de temps notable.

Les deux bouts intestinaux sont ensuite anastomosés à plein calibre et suturés par trois plans de sutures à la soie.

Le premier sur les muqueuses formé de 25 fils séparés.

La séreuse est réunie par 22 points à la Lembert.

6 points supplémentaires forment un 3e étage.

Lavage à l'eau chaude. Excision des bords malades de la plaie. Réunion de la peau au crin de Florence, sauf en face de la suture où est placé un gros drain.

L'opération a duré 2 h. 3/4 dont plus d'une heure pour les sutures.

Suites opératoires. — 1er jour : vomissements glaireux. T. 38°.

2e jour : léger vomissement, hoquet. T. 37°9.

3e jour : les vomissements ont cessé. T. 37°9. Un lavement provoque une selle et émission de gaz. Le ventre n'est pas douloureux. Dans la nuit selle liquide spontanée.

4e jour : nouveau lavement, selle liquide. L'alimentation consiste en lait et bouillon.

Les selles se font régulièrement mais diarrhéiques.

La température est normale les jours suivants, mais selles toujours diarrhéiques, il y a même de la lientérie habituelle, les grumeaux blancs du lait sont visibles dans les selles, sous forme de grains miliaires.

27 *décembre.* — 1er pansement. La plaie cutanée abdominale est désunie et baigne dans le pus. Elle est ovale et longue de 10 centimètres, large de 5 centimètres. A la partie supérieure apparaît l'intestin mou, dépressible, gros comme un œuf : il se contracte et la séreuse

épaissie est recouverte de bourgeons charnus, roses et de bonne nature. C'est le côlon ascendant. Il n'y a pas d'infiltration tout autour et, sous la paroi abdominale, aucun foyer purulent ou stercoral.

Le cours des matières fécales suit sa voie normale ; la suture a donc certainement tenu et les deux bouts de l'iléon et du côlon sont actuellement réunis.

Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux. Du côté de la plaie intestinale et dans le calibre des intestins tout paraît donc se passer normalement.

Néanmoins, l'état général de l'opéré n'est pas de tous points satisfaisant.

Pas de fièvre il est vrai, les vomissements ont cessé ; mais l'opéré maigrit de jour en jour ; cela tient évidemment à sa diarrhée avec lientérie dont aucun traitement médical n'a raison.

Comment expliquer cette lientérie ? Faut-il attribuer ce symptôme au trouble apporté dans les fonctions intestinales par la suppression du cæcum ? Cela nous expliquerait peut-être une diarrhée aussi tenace, mais non point la lientérie, car, les élaborations complémentaires de la digestion et de l'assimilation se passent dans l'intestin grêle, les résidus seuls en arrivent dans le cæcum pour constituer les matières fécales.

L'*examen de la pièce anatomique* nous donnera l'explication de cette diarrhée lientérique qui a fini par emporter la malade le 2 février, c'est-à-dire 43 jours après l'opération. La guérison opératoire était à cette époque obtenue incontestablement.

C'est une entérite tuberculeuse, à laquelle le traumatisme opératoire a donné le coup de fouet qui a pour nous causé la mort.

Obs. VIII. — *Tuberculose du cæcum. — Résection. — Entérorraphie circulaire. — Guérison.* — Sachs (de Mulhouse), 12 nov. 1891, *Archiv für klin. Chirurgie*, 1892.

Femme de 41 ans. Antécédents héréditaires et personnels bons ; régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans. Dans les dernières années, menstrues souvent accompagnées de fièvre et de frissons.

Un accouchement ; pas de fausses couches. Jamais aucune affection abdominale. Depuis cinq ans déjà, douleurs dans la hanche droite et dans le membre inférieur du même côté. Depuis cette époque là aussi, irrégularités dans les garde-robes. Diminution notable de l'appétit depuis deux ans et amaigrissement.

Vers le commencement de l'année 1891, sensation nette de l'existence d'un obstacle quelconque sur le cours des matières fécales ; avant chaque garde-robe, impression désagréable de chaud et de froid ; sueurs, matières fécales souvent très dures et en grumeaux.

Depuis un an environ, la malade ressent une tumeur à droite dans l'abdomen. Un gynécologue consulté par la malade constate une rétroflexion prononcée de l'utérus et une tumeur mobile semblant avoir des connexions étroites avec les intestins. La malade nous est ainsi adressée.

Nous devons ajouter que dans les deux dernières années la malade éprouvait souvent des difficultés pendant la miction. Parfois la miction ne donnait que quelques gouttes d'urine ; d'autres fois la malade ne pouvait cesser d'uriner.

Les purgatifs ont toujours provoqué de vives coliques.

Etat actuel, 25 *août* 1891. — Femme très pâle, cachectique. Pouls petit, muqueuses anémiées. Température normale.

A l'inspection : peau de l'abdomen ridée, vergetures. Les intestins se dessinent nettement. Abdomen légèrement ballonné. Pas de tympanisme.

La palpation est légèrement sensible. La région ombilicale surtout est douloureuse, de même que toute la région située à droite de la ligne médiane. Douleur aussi à la pression sur une étendue d'une largeur de main au-dessus de la symphyse.

A une palpation plus attentive, la main allant dans la profondeur au-dessus du ligament de Fallope droit sent une résistance très sensible qui se laisse poursuivre jusque dans le petit bassin.

La surface de cette sorte de tumeur est irrégulière, bosselée, et on a l'impression de sentir là comme le pôle supérieur d'une tumeur sphérique dans l'ensemble. Région rénale à gauche libre ; au contraire, dans la région rénale droite, on sent à la palpation bima-

nuelle une tumeur nette, du volume d'une tête fœtale environ, à surface lisse et d'apparence kystique. Cette tumeur n'est pas influencée par la respiration ; dans les mouvements de la malade, au contraire, elle se ramène de haut en bas. Cette tumeur est nettement fluctuante. En avant d'elle il y a une anse d'intestin.

Lorsqu'on fait mettre la malade dans la position de Trendelenbourg, la tumeur située dans la fosse iliaque droite sort du bassin et se laisse facilement délimiter. Elle est mobile de droite à gauche et de haut en bas. Des deux parties latérales de la tumeur, on sent partir deux sortes de cordons se dirigeant l'un en bas, dans le petit bassin, l'autre en haut, vers le diaphragme. La tumeur suit les mouvements respiratoires.

Mais la nature de cette tumeur s'analyse plus facilement encore par l'examen intravaginal et le toucher rectal.

Au toucher vaginal : l'utérus est fixé en rétroflexion à gauche dans la concavité du sacrum. Douleur vive lorsqu'on essaye de le remettre en bonne position. L'ovaire gauche ne peut se sentir : ovaire droit facile à trouver. Du vagin on sent nettement la tumeur qui a le volume du poing ; elle est très mobile, dure et bosselée, bien distincte de l'utérus.

Au toucher rectal : fibrome de l'utérus du volume d'un œuf de pigeon situé dans la cavité de Douglas. Pas d'albumine dans les urines, mais indican en grande quantité. Cœur et poumons normaux.

Diagnostic. — Tumeur intestinale de la région iléo-cæcale, sans doute de nature carcinomateuse. Hydronéphrose droite.

Opération. — Il a été impossible de préparer la malade par un purgatif, celui-ci étant chaque fois suivi de phénomènes douloureux vifs. Aussi pendant quelques jours, sous-nitrate de bismuth.

Lavements et injections vaginales.

Antisepsie du champ opératoire comme de coutume. Position élevée du bassin, si bien que la tumeur sortant du petit bassin vient se porter dans la fosse iliaque.

Incision cutanée oblique sur la tumeur, se dirigeant vers le ligament de Fallope. Incision du péritoine que l'on suture aux fascias pour éviter son glissement. Puis on sort de l'abdomen la tumeur avec l'intestin qui y est appendu.

Le méso-cæcum est passablement long, sans doute à cause du poids de la tumeur. Pas d'adhérences autour de la tumeur.

La tumeur, du volume du poing, dure, bosselée, occupe exactement la région de la valvule iléo-cæcale. Le cæcum ne peut se reconnaître.

Elle intéresse jusqu'au mésentère, dont les feuillets, assez graisseux, sont séparés. Dans le mésentère, quelques ganglions mobiles.

Au niveau de l'iléon, à quelques centimètres au-dessus de la tumeur, on constate un anneau dur recouvert sur sa face péritonéale de petites nodosités du volume d'un grain de chènevis. La séreuse à ce niveau est très vasculaire. Les parois de l'iléon sont très épaissies, mais celui-ci n'est pas dilaté. Le côlon ascendant est très dilaté et à parois amincies.

Puis on attire au dehors, autant que faire se peut, la tumeur ainsi que l'iléon et le côlon qui s'y attachent, en même temps que leurs mésos.

On isole ensuite par des pinces les parties malades jusqu'aux points reconnus sains, de la façon suivante : on place sur l'iléon, à quelques centimètres au delà du point décrit plus haut, deux pinces de Kocher de façon à ne laisser dans leur intervalle qu'un point large de peu de millimètres.

Sur le côlon ascendant, les pinces hémostatiques étant trop petites à ce niveau, on place deux pinces longues.

Puis on sectionne l'iléon entre deux pinces, on nettoie ensuite à la gaze les surfaces de section et on résèque le mésentère en plaçant au fur et à mesure que l'on avance des pinces au devant desquelles on sectionne le mésentère. La ligne de section décrit ainsi une concavité dirigée vers la région iléo-cæcale, et se termine au niveau des points placés sur le côlon ascendant. Section enfin du côlon entre les pinces et ablation de la tumeur avec le mésentère qui y est appendu. Ligature à la soie des différentes pinces placées sur le mésentère. On enlève les pinces placées sur les bouts de l'intestin ; on nettoie la lumière de l'intestin avec de la gaze antiseptique ; on suture enfin ensemble les deux bouts de l'intestin inégaux de volume, après avoir rétréci la lumière du côlon (comme on le fait pour l'estomac dans la gastro-entérotomie).

Un premier plan de sutures comprend la séreuse, la musculeuse et une partie de la muqueuse ; un second plan ininterrompu sur la séreuse.

Lavage du péritoine avec une solution de sublimé et avec de l'eau salée. Suture de la paroi.

Suites opératoires, 12 *novembre*. — Douleurs légères dans l'abdomen. Cathétérisme donnant 3/4 de litre d'une urine légèrement trouble. Température soir, 37°2, pouls 76.

13. — Abdomen non ballonné. Douleurs légères à droite. 1 litre 1/4 d'urine en 24 heures. Température : 37°3.

14. — On enlève toutes les sutures. La cicatrisation de la plaie est faite. Température normale. Ventre un peu tendu, pas de gaz encore. Le soir, malaise, météorisme.

15. — Dans la nuit, émission de grande quantité de gaz. Plus de douleur. La tumeur rénale n'est plus que du volume du poing.

22. — La malade se lève pour la première fois. Première garde-robe. Depuis ce moment, selle quotidienne.

25. — La malade quitte l'hôpital.

A ce moment : amaigrissement encore ; mais état général meilleur cependant qu'avant l'opération

La cicatrice abdominale est parfaite, sans rougeur ni douleur. Garde-robe normale. Urine abondante et peu trouble.

Au bout de 8 jours, la fièvre reparaît, alors que les règles attendues font défaut.

3 *décembre*. — Température soir : 39°5, pouls 96. Rien à noter du côté de l'abdomen. Urines abondantes. Anorexie. Douleur vive à gauche dans la région lombaire, surtout à la pression.

4. — Température matin : 38°4, soir 39°6.

Pendant les 8 jours qui suivirent, la température oscilla entre 37°8 le matin et 39°9 le soir. La douleur lombaire gauche est expliquée par la présence d'albumine dans les urines.

10. — Urine trouble, contenant du pus et des cellules épithéliales de diverses sortes ; catarrhe vésical.

11. — Lavage de la vessie. Urine claire maintenant ; hydronéphrose volumineuse.

12. — L'hydronéphrose a disparu en même temps que la fièvre.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur embrasse tout le cæcum avec l'appendice. L'iléon est réséqué sur une étendue de 9 centimètres ; le côlon sur une hauteur de 9 centimètres.

La limite convexe du mésentère enlevé a 20 centimètres environ ; entre les deux feuillets on trouve plusieurs ganglions.

A la vue, la pièce présente deux lésions principales : l'une sur l'iléon, l'autre à l'union de l'iléon et du cæcum.

Lésions de l'iléon. — C'est dans son ensemble une sorte de rétrécissement annulaire de la paroi de l'intestin. A son niveau, la séreuse est blanche et recouverte de petits nodules du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Cette région malade est séparée de la séreuse saine par une zone très vasculaire et la partie rétrécie est plus dure au toucher que les zones voisines.

La seconde lésion se présente sous la forme d'une tuméfaction entourant l'intestin, du volume d'une orange, noueuse, s'étendant sur les deux feuillets du mésentère. La séreuse, au niveau de cette tumeur, a le même aspect que celle qui recouvre le rétrécissement de l'iléon.

L'eau versée par l'iléon ne s'écoule que très lentement par l'ouverture du côlon.

Sur une coupe longitudinale de la pièce, la muqueuse, depuis la section de l'iléon jusqu'au premier rétrécissement, est normale, de même que la muqueuse allant de ce point à la tuméfaction principale.

Mais au niveau du rétrécissement annulaire sur l'iléon, la muqueuse est absente, ses bords à ce niveau sont déchiquetés et tuméfiés. Circonférence de l'iléon, 6 centimètres, immédiatement en avant de la tumeur principale, dilatation ampullaire.

La coupe transversale sur la tumeur a un aspect rouge blanchâtre. La surface de section est dure, sèche.

Pas de suc. La tumeur embrasse toute la circonférence de l'intestin et a réduit la lumière du canal intestinal sur une longueur de 4 cent. 1/2, au point qu'une sonde métallique de 5 millimètres de diamètre seule peut passer. Circonférence au niveau du côlon,

10 centimètres. La tumeur est située juste au niveau de la valvule iléo-cæcale. Celle-ci, pas plus que le cæcum, ne peut être reconnue.

Dans le mésentère, deux gros et plusieurs petits ganglions, mais non caséeux.

Examen microscopique. — Il s'agit dans ce cas d'une sténose intestinale tuberculeuse circonscrite analogue au cas de Kocher.

Coupe de la tumeur. Epaisseur de la paroi, 10 à 12 centimètres. Surface interne de l'intestin déchiquetée ; pas trace de muqueuse. Les plis et replis de cette surface interne sont formés par un tissu fortement infiltré de petites cellules au milieu desquelles se trouvent quelques foyers de cellules épithélioïdes.

La sous-muqueuse et la musculeuse ne peuvent être différenciées, la plus grande partie de ces tissus étant infiltrés de nombreux groupes de petits tubercules formés par des cellules épithélioïdes. Peu de cellules géantes. Pas de dégénérescence caséeuse. Les tubercules ne dépassent pas les couches superficielles de la couche musculeuse longitudinale et ne pénètrent pas dans la séreuse.

Coupe au niveau de la sténose à 4 centimètres en avant de la tumeur. Epaisseur de la paroi : 5 millimètres.

La muqueuse est recouverte de tubercules. En une partie limitée seulement, on peut apercevoir encore quelques glandes de Lieberkühn. Dans la paroi de l'intestin, groupes de tubercules également répartis, dont quelques-uns placés sous la séreuse repoussent celle-ci en dehors.

Dans les ganglions lymphatiques, le tissu adénoïde n'existe plus qu'à peine. Trabécules fortement épaissis en quelques endroits.

La plus grande partie du ganglion est occupée par de petits tubercules formés surtout de cellules épithélioïdes.

Cellules géantes en grand nombre. Pas de caséification.

Cette tuberculose de l'intestin correspond aux lésions du lupus cutané. Celle des ganglions à la structure du lymphome corné de Virchow.

Obs. IX. — *Tuberculose chronique de l'angle iléo-cæcal. — Résection. — Entérorraphie circulaire. — Guérison* (*Dr Broca*, 30 *nov.* 1892). *— fistule pyo-stercorale. — Opération, — Mort. — Autopsie.* — L. Courtillier, *Bull. Soc. anat. de Paris*, séance du 12 juin 1896.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société provient d'un enfant auquel M. Broca fit en novembre 1892 la résection de l'angle iléo-cæcal atteint de tuberculose chronique.

Emile A..., 12 ans, entre le 9 novembre 1892, salle Denonvilliers, lit n° 31, à l'hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Il ignore ce que sont devenus ses parents et a été élevé chez sa grand'mère à Poitiers.

Il n'a habité Paris qu'à l'âge de 7 ans. Il se souvient d'avoir été souvent malade pendant son enfance. Fort intelligent, il explique qu'il se trouvait en bonne santé, lorsqu'il y a 3 ans, le 15 février, il reçut, prétend-il, un coup de boucle de ceinture sur la partie droite du ventre. La douleur fut assez forte pour l'empêcher de manger ; il n'y eut pas de vomissements. 4 ou 5 jours après, il remarquait qu'il avait un gonflement et entra à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Là, il subit par deux fois une opération sur laquelle nous manquons de renseignements, et il en sortit 2 mois après, avec une plaie qui donnait de l'humeur. Il avait été traité, raconte-t-il, pour une périty-phlite, dans le service de M. de Saint-Germain. Il avait conservé en quittant l'hôpital une fistule qui donnait du pus et même, à certains moments, des matières liquides en grande abondance ; aussi allait-il se faire panser fréquemment.

Son état s'étant un jour aggravé, il entra à l'hôpital Trousseau. Pendant 21 jours, il resta en observation.

Etat actuel. — Au moment de l'entrée l'enfant portait une fistule dans la partie droite du ventre, au-dessus du pli inguinal, située sur l'incision probable d'une appendicite ; il en sortait un peu de pus et des matières liquides seulement, souvent mélangées de gaz qu'il sentait passer parfaitement. Les douleurs n'étaient pas très vives, il pouvait marcher. Les selles n'ont jamais été interrompues par l'anus. Il n'y a jamais eu de pus dans les excréments. Le petit malade avait peu d'appétit, mais ne vomissait jamais.

Comme signes physiques, à la palpation, le ventre était résistant, dur et rétracté uniformément. Sur le pourtour de la fistule, on avait la sensation d'une plaque dure à limites indécises, mais on ne sentait pas de grosse masse pouvant faire songer à une tumeur du cæcum.

Organes thoraciques. Cœur : le premier bruit est légèrement soufflé à la pointe.

Poumons : un peu de rudesse à la base droite.

Etat général assez bon ; l'enfant n'a que peu maigri. Pas de fièvre le soir.

Devant la difficulté de palper dans les conditions ordinaires, une exploration fut décidée sous le chloroforme qui permit de poser un diagnostic et la résection fut pratiquée séance tenante.

Opération. — Incision parallèle à la cicatrice, mais à 4 ou 5 millimètres en dehors d'elle, laissant en dedans l'orifice fistuleux qui est cerné par une incision elliptique. L'incision traverse successivement la peau, l'aponévrose du G. O., les muscles P. O. et T.

En dedans de l'orifice fistuleux, elle arrive sur le bord du muscle grand droit. Le péritoine est alors soulevé avec précaution dans l'angle inférieur, ponctionné, puis incisé. En dehors et en bas, il est adhérent à une masse qui fait corps d'autre part avec le cæcum. Le cæcum d'ailleurs est très déformé, difficilement reconnaissable. Il est abordé par un intestin grêle très distendu et assez rouge à sa surface. En haut, il se continue avec le côlon ascendant induré sur une hauteur notable.

A un examen attentif, il devient évident qu'il existe en dehors et en arrière du cæcum une masse polyganglionnaire qui se prolonge dans le mésocôlon ascendant et dans le mésentère de l'angle iléo-cæcal.

De ces ganglions, les plus antérieurs et inférieurs sont ramollis et adhérents à l'intestin. C'est par l'intermédiaire de l'un d'eux, sous forme d'une cavernule fongueuse, que le stylet arrive de la fistule dans l'intestin, dont l'orifice, situé un peu au-dessous de l'abouchement de l'intestin grêle, est très petit. En le disséquant et en cherchant à isoler le cæcum de la masse ganglionnaire, on déchire la

paroi intestinale molle et friable et on arrive sur une muqueuse d'aspect fongueux, parsemée d'une quantité innombrable de petites végétations polypeuses. Il est impossible d'y reconnaître l'aspect ordinaire de la muqueuse intestinale et surtout rien qui rappelle le cæcum, l'appendice ou la valvule iléo-cæcale.

Mais en haut et en bas sont des orifices dans lesquels le doigt s'engage et, à une courte distance, rencontre des matières fécales.

Il était évidemment impossible de songer à suturer la perforation. On fit donc immédiatement l'entérectomie, l'assistant comprimant chaque bout entre le pouce et l'index et l'angle iléo-cæcal étant bien isolé, hors du ventre, sur des compresses.

On fit la résection de 20 centimètres de l'intestin, côlon et iléon, avec un coin du mésentère et en enlevant tous les ganglions facilement accessibles. Le bout inférieur était à peu près vide, mais le bout supérieur contenait des matières demi-liquides et assez abondantes, ce qui tenait évidemment à la stagnation causée par le rétrécissement de la valvule. L'intestin grêle était dilaté, mais la muqueuse était normale à l'œil nu, tandis que le côlon était malade, induré et à muqueuse polypeuse, sur une hauteur de 6 à 8 centimètres. Après la section, l'hémorrhagie du mésentère fut médiocre et vite arrêtée par un surjet à la soie fine. Puis on fit l'entérorraphie circulaire en commençant par le bord mésentérique ; on fit d'abord une suture muco-muqueuse, puis une suture de Lembert. Les points furent très rapprochés et il y en eut au total 96, dont 50 pour la suture de Lembert. L'intestin grêle était plus large que le côlon ; en avant et en dehors il resta un point où l'on fit une entérorraphie longitudinale de 1 cent. 1/2 de long. En ce point la solidité semblant douteuse, un fil fut laissé pour fixer la suture à la plaie abdominale. Après réduction de l'anse suturée, on fit la toilette du péritoine qui avait été soigneusement protégé avec des compresses et contenait seulement un peu de sang. Suture en deux étages de la paroi, avec le fil intestinal pris lâchement dans le plan profond. Un drain est mis dans le péritoine derrière l'anse suturée. La durée totale de l'opération a été de 2 h. 1/2, dont plus d'une heure pour les sutures intestinales. Pansement iodoformé.

Examen de la pièce. — Outre l'aspect déjà décrit de la muqueuse, la pièce enlevée, qui est constituée par l'angle iléo-cæcal et une masse ganglionnaire, présente à noter un épaississement très remarquable des parois au niveau du cæcum et de la paroi inférieure. A la place où devrait être la valvule iléo-cæcale, il y a une induration blanchâtre, qui constitue un rétrécissement très net, ce qui explique la distension de l'iléon. Pilliet trouve à son examen un nouveau cas type de tuberculose lymphoïde du cæcum.

Suites. — Les suites opératoires ont été fort simples, aucune complication à noter ; quelques semaines plus tard l'enfant revient à l'hôpital ; il a engraissé, sa mine est excellente.

Localement il y a une petite fistulette, sécrétant fort peu de sérosité pure, entretenue sans doute par l'un des nombreux fils dont l'élimination paraît prochaine. Le ventre est souple, indolore, les selles régulières (obs. publiée par Benoist et reproduite par Baillet. Complétée par ce qui va suivre).

On a revu le malade le 4 septembre 1893 ; depuis un mois environ, il n'existait plus de trajet fistuleux. Bon état général. En janvier 1896, Emile A... rentre de nouveau salle Denonvilliers, lit n° 5, à l'hôpital Trousseau. Il raconte qu'il est resté très bien portant pendant les deux ans qui ont suivi l'opération et qu'il n'a jamais éprouvé aucun trouble des fonctions digestives. Mais il y a un an à peine, à la suite d'une grande course, qui l'avait beaucoup fatigué, il est survenu au niveau de la cicatrice opératoire une grosseur qui est restée stationnaire pendant 3 à 4 mois, puis s'est ouverte spontanément pendant le sommeil. Il s'est écoulé un liquide purulent mélangé de matières jaunâtres qui a continué à couler constamment jusqu'à ce jour, avec des alternatives de débâcles, surtout à la suite de fatigues.

Le malade alla consulter un médecin qui lui fit des pansements.

Au commencement de février 1896, l'enfant jouit d'un état général médiocre, il est maigre, a le teint jaune, est sujet à des débâcles intestinales. Il n'a pas de fièvre et aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. On observe à la partie moyenne de la cicatrice opératoire un trajet fistuleux, en partie recouvert par un petit pont

cutané inférieur. La peau qui limite l'orifice est légèrement déprimée et on ne voit aucune saillie anormale dans le fond. Le trajet fistuleux oblique de bas en haut et de dedans en dehors conduit dans la fosse iliaque ; le stylet qui le traverse facilite la sortie du liquide muco-purulent mêlé de matières jaunâtres. L'analyse a démontré qu'il était constitué par du pus, du mucus intestinal et des résidus de l'alimentation.

Il y a de la douleur spontanée et à la pression dans la région lombaire droite ; pas de gonflement, ni induration bien limitée de la fosse iliaque. A ces moments, l'orifice se rétrécit, il se forme une collection qui fait saillie sous la paroi, devient sensible puis se vide spontanément par une débâcle douloureuse. On procède à la dilatation au moyen de tiges de laminaires renouvelées pendant plusieurs jours consécutifs. Après les premières tiges il se fait un écoulement purulent assez abondant. La béance du trajet est maintenue par un très gros drain de caoutchouc et le pansement renouvelé chaque jour renferme la majeure partie de l'évacuation intestinale.

On suralimente le malade sans obtenir une amélioration notable.

Le 20 *avril* 1896, M. Broca procède sous le chloroforme à l'exploration du trajet fistuleux. En bas le doigt entre dans un cul-de-sac où l'intestin semble sous la paroi. Section avec les ciseaux dans la direction indiquée, on s'aperçoit qu'on a ouvert le péritoine. Par cet orifice il est facile de reconnaître qu'il n'y a d'adhérences intestinales à la paroi qu'au niveau du trajet fistuleux ; suture de la séreuse, suture de la paroi.

Pansement iodoformé. Il y eut les jours suivants amélioration légère de l'état général du malade. L'état local laisse moins à désirer, les matières sortent en moins grande quantité par l'orifice rétréci, mais bientôt elles reprennent leur cours anormal, s'écoulant aussi abondantes qu'auparavant. Le 27 on enlève les fils.

Le 5 *mai*, M. Broca se propose, en raison du peu d'empâtement de la région et de la non-existence d'adhérences de l'intestin à la paroi, de fermer la fistule pyo-stercorale. Au moment de l'incision de la paroi au niveau de l'ancienne cicatrice, le bout terminal de l'intestin grêle est fendu longitudinalement sur une longueur de 5 centimètres.

On ne le libère pas facilement à cause des adhérences profondes et de l'existence de gros ganglions accolés à l'intestin sur son bord mésentérique.

On oblitère son orifice par un petit tampon de ouate. On procède à la recherche du bout inférieur du côlon ascendant, on en saisit seulement une petite portion à la partie antéro-interne, que l'on suture à la partie correspondante de l'intestin grêle.

Pour le reste il est impossible de le libérer. On réunit par des points muco-muqueux et par une suture de Lembert l'incision longitudinale de l'intestin grêle.

Il persiste un trajet stercoral, on ferme le péritoine autour de lui et on suture l'orifice fistuleux à la peau. Pansement iodoformé.

Après l'opération l'enfant s'alimente mal, maigrit. Les matières continuent toujours à s'écouler par la fistule et par l'anus. L'abattement se prononce de plus en plus, il survient des vomissements bilieux et l'enfant s'éteint lentement le 12 mai.

Autopsie. — Le cadavre est réduit presque à l'état squelettique. A l'ouverture de l'abdomen on note qu'il n'y a aucune communication entre la cavité péritonéale et la fistule. Il y a quelques petites adhérences intestinales en arrière et à droite de la vessie et dans ce point on trouve de petits foyers purulents non collectés, le pus en est jaunâtre et crémeux. Rien ailleurs dans le péritoine. On ne voit à sa surface aucune granulation tuberculeuse.

L'intestin grêle, comme le gros, est à peu près vide et on voit sur son bout inférieur que l'incision longitudinale est rétrécie ; dans sa cavité on sent la petite boulette de coton qui n'oblitère pas le calibre de l'organe et que l'on peut sortir facilement. Le pourtour de l'orifice de cet intestin est libre en avant, adhérent en arrière et la circonférence est à peu près égale à celle du côlon ascendant dont l'orifice, opposé au précédent, présente d'une façon à peu près symétrique des parties libres et d'autres adhérentes. Les deux orifices, dans la moitié environ de leur partie postérieure et interne, non seulement sont adhérents entre eux, mais aussi aux tissus sous-jacents de la fosse iliaque. Les deux bouts de l'intestin ont donc été réunis l'un à l'autre par l'entérorraphie pratiquée il y a trois ans. La moitié antérieure

libre forme un orifice ovalaire regardant en avant et en dehors qui communique avec l'extérieur par un trajet oblique et donne issue à du liquide louche et fétide.

En voulant décoller ces parties de la fosse iliaque, on pénètre dans une cavité qui siège en arrière du côlon ascendant, sur la face antérieure du muscle iliaque, se prolonge entre le muscle et le psoas vers la crête iliaque et la colonne lombaire et envoie un autre prolongement en bas dans l'angle formé par les deux muscles précédents. Cette cavité renferme un liquide louche, fétide et communique avec le côlon ascendant par un orifice arrondi, de la dimension d'une lentille, qui est situé sur la face postérieure du côlon à 1 centimètre au-dessus du point où il adhère avec la fosse iliaque et l'intestin grêle. C'est le seul orifice qu'il y ait à signaler.

Les tissus environnants ont l'apparence de tissus sphacélés. Le périoste de la fosse iliaque épaissi, d'aspect lardacé, se laisse décoller facilement ; on voit au-dessous un os uniformément épaissi, de couleur jaunâtre, ne saignant pas, spongieux sous le doigt, perforé de multiples orifices qui donnent issue à du liquide louche de couleur roussâtre. Cette ostéite s'étend à toute la portion iliaque.

La muqueuse de l'intestin grêle est saine et ne présente à la vue aucune granulation tuberculeuse, mais il n'en est pas de même de celle du côlon ascendant qui a un aspect bourgeonnant dû à la présence d'un semis de granulations tuberculeuses infiltrant ses parois. La muqueuse de la face postérieure du côlon présente des lésions plus avancées ; les granulations ulcérées ont attaqué à des degrés divers les tuniques de l'organe. En un point, il y a une perforation circulaire, des dimensions d'une lentille, qui communique avec l'abcès signalé plus haut, et à son pourtour, les parois sont très amincies et sur le point d'être perforées. Tout le mésentère, la face postérieure du côlon ascendant, la petite courbure de l'estomac, sont remplis de ganglions nombreux et de volume variable ; les uns durs, fibreux, d'autres ramollis, caséeux à la coupe ; ces derniers existent surtout au pourtour du point d'abouchement de l'intestin grêle avec le côlon.

On note au sommet du poumon gauche un gros noyau tuberculeux dur, fibreux, en partie calcifié ; au point correspondant, il y a de

fortes adhérences pleurales. Sur le côté droit, mêmes lésions mais moins accusées. A la coupe des deux poumons, on voit vers les sommets quelques granulations tuberculeuses dont l'origine est récente, et de nombreux et volumineux ganglions péri-bronchiques dont quelques-uns caséeux et d'autres indurés.

Le foie, volumineux, présente les caractères de la dégénérescence amyloïde.

Rien à signaler pour les autres organes.

Obs. X. — *Tuberculose du cæcum à forme hypertrophique. — Résection iléo-colique. — Entérorraphie circulaire. — Guérison.* — Tédenat, 8 juin 1893, in th. Irié.

Jean B..., 25 ans. Mère morte à 33 ans d'une affection chronique des poumons. Une sœur morte à 13 ans de mal de Pott.

Depuis 5 ou 6 mois, dyspepsie habituelle, coliques fréquentes. Diarrhée et constipation alternantes. Depuis 2 mois, douleur habituelle dans la fosse iliaque droite, sourde. Il y a un mois, poussée inflammatoire dans la région du cæcum, avec élancements, tuméfaction, fièvre le soir, constipation nécessitant, à plusieurs reprises, l'emploi de laxatifs et de lavements. On diagnostique une appendicite, et le malade est adressé à M. Tédenat, le 3 juin 1893.

4 juin 1893. — Pâleur, amaigrissement, ventre ballonné modérément. Depuis une dizaine de jours, la constipation, moindre, ne résiste pas à un lavement quotidien. Vagues coliques suivies de gargouillements. On voit, de temps en temps, des anses se mouvoir et se dessiner sur la paroi abdominale amincie. Jamais de sang ni de pus dans les selles.

Dans la fosse iliaque droite, tumeur du volume d'un gros œuf de poule, tendue, dure, légèrement mobile dans le sens transversal, sonore à la percussion. Rien à noter du côté de l'appareil urinaire. Matité du foie normale. Rien au cœur. Expiration dure et prolongée au sommet du poumon droit, en arrière.

8. — Laparotomie par M. Tédenat, le diagnostic hésitant entre appendicite et tuberculose cæcale. Pourtant, la forme arrondie de la tumeur, l'absence de phénomènes aigus le font plutôt pencher vers la tuberculose du cæcum.

Incision oblique en bas et en dedans, sur la tumeur ; quelques adhérences, jeunes et molles du péritoine pariétal, sans épanchement. Le cæcum apparaît : il n'adhère pas à l'intestin grêle. Sa surface est grise, grenue ; sa paroi est épaisse, dure. Il est facile de l'attirer au dehors après décollement d'adhérences épaisses au niveau de l'appendice et du fond du cæcum.

Des compresses aseptiques sont appliquées pour circonscrire le champ opératoire et retenir l'intestin grêle. La résection est faite comme à l'ordinaire : suture triangulaire du mésentère, quatre ligatures à la soie fine sur les vaisseaux, suture bout à bout de l'iléon avec le côlon, qui sont de même calibre. L'opération dure 45 minutes et la malade se réveille sans choc marqué.

Dans la soirée, la température est à 37°4, le pouls à 100. Quelques vomissements dans l'après-midi. Injection de 500 grammes de sérum dans les parties molles de la fesse. Vagues douleurs abdominales. Etat général satisfaisant.

9. — Nuit bonne ; pas de vomissements. Température, 37°1-38°, pouls 90-110. Dans l'après-midi, émission de gaz par l'anus. Pas de nausées. Quelques douleurs légères dans la fosse iliaque.

10. — Même état. Température : 37°4, 38°3, pouls 92, 108. Trois lavements de lait.

11. — Selle le matin. Quelques coliques. Le malade demande de la nourriture. Il prend, dans la journée, un demi-litre de lait. Température : 37°3, 38°4. Pouls 80, 110.

18. — Le malade est allé à la selle à peu près tous les jours. On a continué les lavements deux ou trois fois par jour. Lait et bouillon, au moins 1 litre par jour, bien supportés. Hier température : 38°5 le soir, la plus haute depuis l'opération. Pansement changé. Réunion totale avec un minuscule abcès au dernier point de suture en bas. Injection d'une solution de nitrate d'argent à 1/1000 dans le foyer de l'abcès.

28. — Le malade quitte Montpellier guéri, se nourrissant bien. Sa santé reste bonne jusqu'en avril 1894. Le Dr Bourguet fut alors appelé pour une bronchite avec hémoptysie, et diagnostiqua une tuberculose pulmonaire à laquelle le malade succomba en janvier 1895.

Les troubles digestifs n'ont, pendant la dernière maladie, présenté aucun caractère pouvant faire admettre des lésions graves de l'intestin.

Examen de la pièce. — La longueur de la portion d'intestin enlevé est de 18 centimètres, dont 5 centimètres sains, 2 sur l'iléon, 3 sur le côlon. Les lésions sont surtout marquées au cæcum proprement dit. Sa face externe, d'aspect gris, présente des bosselures disséminées. Les plus petites sont arrondies, du volume d'un grain de millet, d'une lentille ; les autres sont aplaties, de 2 à 4 millimètres de diamètre. En quelques points, taches hémorrhagiques. A la partie postéro-inférieure, un peu au-dessous de l'origine de l'appendice iléo-cæcal, existe une saillie dure, mamelonnée, du volume d'une cerise, reliée à l'appendice par une travée fibro-adipeuse qui fixe l'appendice à la paroi postérieure du cæcum. La circonférence de la masse est de 15 centimètres à sa partie moyenne, qui correspond à peu près au niveau de la valvule.

La paroi a une épaisseur de 2 à 4 centimètres suivant les points. A la coupe, aspect grisâtre, avec petits nodules rares, jaunâtres, du volume d'une lentille, sans caséification marquée. Les deux lèvres de la valvule sont épaissies, dures, avec quelques saillies polypeuses par endroits exulcérées ; l'orifice admet à peine le petit doigt. Au-dessous de la valvule, ulcération irrégulière, à bords grenus et îlots cicatriciels. Au-dessus, quelques autres ulcérations serpigineuses entre lesquelles la muqueuse est épaissie, rougeâtre, et porte quelques tubercules gris ou jaunes. Deux ganglions à centre caséeux sont à l'angle iléo-colique.

Obs. XI. — *Tuberculose cæcale. — Résection. — Guérison après une série de huit interventions.* — Körte, 23e *Congrès de chirurgie allemande.*

Malade âgé de 25 ans, entre au service le 16 février 1891, avec le diagnostic d'iléus. Quatre jours auparavant il avait éprouvé de violentes douleurs au côté droit du ventre, douleurs qui s'étaient généralisées. De là, vomissements qui deviennent bientôt fécaloïdes.

Diagnostic hésitant entre obstruction intestinale et péritonite ; on penchait pourtant pour cette dernière.

1re *opération*. — 17 février 1891. Ouverture du ventre, issue d'une grande quantité de pus sanieux, lavage, drainage. Pendant les premiers jours il y a encore de visibles phénomènes de péritonite. Peu à peu disparition. Le malade va à la selle pour la première fois le 27 février.

Il persiste une fistule qui mène à l'appendice ; celui-ci est réséqué dans une 2e *opération* le 16 mars 1892. Il persiste encore une petite fistule.

L'examen du pus recueilli à la 1re opération démontre l'existence de staphylocoques et de bacilles septiques. Le péritoine vivement enflammé ne présentait nulle part de granulations tuberculeuses. L'appendice extirpé présentait des lésions d'inflammation chronique avec deux perforations s'ouvrant au milieu d'adhérences. La muqueuse était lâche, plissée ; la sous-muqueuse infiltrée de cellules rondes. Nulle part de tubercules.

Le malade resta souffrant jusqu'à fin août de la même année (1892). Malgré un fonctionnement normal du tube digestif, malgré une nourriture abondante, le malade ne prenait aucune force. Rien au poumon.

En haut, on commençait à sentir à droite, du côté des côtes, une résistance en forme de boudin. On pense, soit à de vieux restes de péritonite, soit à une tumeur, et on pratique une 3e *opération* le 27 août.

Ouverture du ventre dans le sens de la tumeur. Le côlon ascendant et le cæcum apparaissent volumineux : sur la séreuse quelques petites granulations miliaires. On procède à l'extirpation de la partie malade. L'iléon est divisé quelques centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale entre les ligatures, puis on détache le côlon près du coude droit après section du mésentère et du mésocôlon. La paroi intestinale très friable se déchira à plusieurs reprises et on vit des excroissances polypeuses sur la muqueuse qui furent considérées comme du cancer. Etablissement d'un anus contre nature. Suites opératoires bonnes.

L'examen microscopique démontra la nature tuberculeuse des végétations de la muqueuse.

Le 27 *octobre* 1892, on plaça l'entérotome sur l'éperon de l'anus, mais sans succès. Et, le 19 novembre, on procéda à une nouvelle ouverture du ventre, 4e *opération*. — On réséqua 21 centimètres du côlon. Au niveau de la section la muqueuse n'était pas encore suffisamment saine. Fermeture du bout colique, anastomose d'une anse intestinale sur le côté du côlon. De nouveau, établissement d'une fistule stercorale le 27 novembre.

Comme ces deux lumières intestinales étaient placées côte à côte, séparées par un éperon visible, on appliqua sur lui encore une fois l'entérotome de Dupuytren afin d'établir une communication large entre l'intestin grêle et le gros. Après un triple essai du 2 janvier au 18 février 1893, l'ouverture dans la paroi de séparation fut jugée suffisante.

C'est pourquoi le 27 février 1893, on tenta une 5e *opération* pour assurer la fermeture de la fistule stercorale. Malgré tout, les matières continuant à sortir par la plaie, le malade voulant à tout prix être débarrassé de cette infirmité, on pratique le 3 mai 1893 une 6e *opération*. — Après ouverture du ventre sur la ligne médiane, on tombe sur l'anse intestinale qui conduit à la fistule. On la divise à 12 centimètres au-dessus entre deux ligatures ; on ferme le bout inférieur et on abouche le bout supérieur dans l'S iliaque. Au-dessus du point d'implantation de l'iléon dans le côlon, celui-ci fut fermé par une fistule en bourse, afin que les matières ne pussent revenir à la fistule par le côlon descendant et transverse.

Malgré de violentes inflammations depuis plus de 1 an 1/2, la séreuse ne présentait pas d'adhérences, et on n'y voyait pas de nodules tuberculeux,

Le 18 *mai*, pour la première fois, allée régulière à la chaise ; mais de nouveau, le 26 *mai* une partie du contenu intestinal sortit par la fistule.

Le 3 *juin* 1893, 7e *opération*. — L'abdomen fut de nouveau ouvert, le côlon transverse fut divisé aussi loin que possible du côté gauche et les deux bouts obtenus fermés chacun par invagination. Le régu-

lier dégagement des matières fécales était assuré, et de l'ancienne fistule ne se dégageait plus que du mucus intestinal.

Le malade voulant être débarrassé de cette sécrétion permanente, une 8e *opération* est faite, dans laquelle on extirpe toute la portion intestinale avoisinant la fistule et composée du reste du côlon transverse, de l'anse iléale anastomosée pendant la 4e opération et du morceau d'iléon suturé par invagination et provenant de la 6e opération.

Après cette intervention qui réussit fort bien, la guérison fut complète. Le ventre laisse voir des cicatrices des multiples opérations. Du côté droit se trouve une hernie nécessitant le port d'un bandage. Le malade s'est remis, ses forces lui permettent depuis l'automne 1893 de gagner sa vie dans une imprimerie.

La forme de la tuberculose était le grossissement tubéreux mamelonné de la muqueuse, ce qui donnait l'impression d'une dégénérescence carcinomateuse. L'examen microscopique seul fit deviner la nature de la tumeur. Tout le cæcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse étaient malades.

Obs. XII. — *Tuberculose de la région iléo-cæcale simulant un néoplasme.— Résection de la tumeur.— Anastomose latéro-latérale, le 26 juin* 1897. — *Guérison.* — Tuffier, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, 1897, p. 691.

Gar... (A.), 38 ans, journalier, entre le 3 juin 1897 à l'hôpital de la Pitié.

C'est un homme pâle, très amaigri, qui se plaint d'avoir perdu presque complètement ses forces et qui accuse une douleur vive dans la fosse iliaque droite.

Habituellement bien portant jusqu'à ces dernières années, Gar... aurait eu des convulsions dans la première enfance et une fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans. Il y a trois ans, le malade fut soigné, à ce même hôpital de la Pitié, pour des phénomènes douloureux du côté de l'estomac, phénomènes qui paraissent avoir relevé d'une gastrite éthylique. Le régime lacté absolu auquel le malade fut soumis pendant trois semaines amena la guérison.

Gar... (A.) se portait assez bien, lorsque, trois mois avant son entrée à l'hôpital, il commença à éprouver de vagues douleurs dans l'abdomen et s'aperçut que ses selles contenaient du sang. Tantôt c'était du sang rouge qui sortait de l'anus dès les premiers efforts de la défécation, tantôt du sang noir comme de la suie. Ces selles sanglantes ou mélaniques étaient quotidiennes ; jamais le malade n'eut de constipation opiniâtre, ni de débâcle diarrhéique. Les douleurs étaient d'abord vagues et peu intenses, mais elles finirent par se localiser dans la fosse iliaque droite, et le malade, en se palpant lui-même, trouva dans son côté une tumeur dure qui lui parut du volume d'une noix. En même temps, Gar... maigrissait, et l'affaiblissement devint tel qu'il fut obligé de quitter son travail. Il se mit au repos absolu ; mais, ne constatant aucune amélioration, il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate, par la palpation du côté droit de l'abdomen, une tumeur assez bien limitée, de la grosseur et de la forme d'un gros œuf, à grand axe presque longitudinal, de consistance ferme et de surface irrégulière. La percussion à son niveau donne de la matité. La peau est mobile sur les parties profondes. Cette tumeur descend à deux travers de doigt de l'arcade de Fallope et affleure en dedans le bord du muscle grand droit. L'abdomen, dans le reste de son étendue, est souple ; le foie ne paraît pas abaissé, la rate n'est point volumineuse. En aucun point, on ne trouve d'engorgement ganglionnaire. Les symptômes fonctionnels sont peu marqués. Douleurs du flanc droit, selles sanglantes, inappétence, amaigrissement et surtout affaiblissement extrême, tels sont les signes qu'accuse principalement le malade. L'examen des poumons et du cœur ne décèle rien d'anormal ; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. On ne constate pas d'hémorroïdes.

Opération le 26 *juin* 1897. — Le malade est endormi à l'éther. Une incision longitudinale est pratiquée parallèlement au bord externe du muscle grand droit. Le milieu de cette ligne d'incision se trouve sur la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. La cavité péritonéale ouverte, on arrive d'emblée sur une tumeur cæcale adhérente aux parties profondes. Deux lon-

gues pinces clamps, à mors garnis de caoutchouc, sont placées, l'une sur le côlon ascendant, l'autre sur l'intestin grêle. On détache les adhérences très intimes de la tumeur avec le péritoine pariétal et avec la paroi profonde lombo-iliaque. L'anse est libérée entièrement et, quand on la sent mobile, une ligature est faite sur chacun des segments intestinaux, à courte distance des pinces ; on sectionne l'intestin en dehors de ces deux ligatures et on extirpe, comme une tumeur, le cæcum, un court segment d'iléon et l'appendice perdu dans une gangue inflammatoire. Des ligatures sont faites sur les points saignants. On a maintenant le côlon sectionné au-dessous d'une pince, l'iléon sectionné de la même façon, chacun enveloppé dans une compresse aseptiqué, il faut rétablir la continuité du tube intestinal. Peu partisan de l'anastomose termino-terminale, surtout quand les deux segments intestinaux ne sont pas du même calibre, je préfère, comme Senn, oblitérer chacun des deux bouts intestinaux et les anastomoser ensuite latéralement un peu plus haut.

Voici quelle fut la technique suivie : j'enlevai la pince qui tenait le côlon oblitéré, je saisis avec des petites pinces à griffes la muqueuse exubérante et pratiquai avec un fil de soie une ligature en masse de la muqueuse, je fermai ainsi mon intestin comme le meunier ferme son sac, et je cautérisai au fer rouge la muqueuse débordant la ligature. Par dessus cette ligature en masse, je referme le plan musculo-séreux par une série de points de Lembert : j'ai ainsi un intestin solidement fermé sur deux plans. Le bout de l'iléon avait été traité exactement de la même façon : il ne reste plus que deux culs-de-sac à aboucher latéralement.

Le côlon est rapproché de l'iléon et maintenu accolé à l'aide de petites pinces à forcipressure à griffes. Sur la ligne d'accolement sont faits six points de Lembert séro-séreux ; à quelque distance et sur deux lignes parallèles on passe des fils d'attente n'intéressant que le plan musculo-séreux. Ces fils ne sont pas liés, on les maintient écartés de chaque côté et séparés les uns des autres par de petites compresses. C'est entre les deux lignes parallèles du passage des fils que l'on incise les parois de l'intestin ; la muqueuse ouverte au niveau

de chaque segment est suturée par un surjet circonscrivant la bouche de néoformation. La bouche créée et suturée, il ne reste plus qu'à serrer et nouer les fils d'attente ; l'entéro-anastomose est terminée.

La paroi abdominale est suturée sur trois plans : péritonéal, musculo-aponévrotique et tégumentaire. L'opération a duré moins d'une heure.

Les *suites opératoires* furent bonnes. Le malade fut soumis à la diète les premiers jours. Le 29 juin, il commença à prendre du lait mélangé d'eau de Vichy. Le 1er juillet, un verre d'eau de Sedlitz amena une selle abondante. A partir du 2 juillet, l'alimentation ordinaire fut commencée. A part la suppuration d'un fil profond de la paroi, la guérison se fit sans incident. Le malade, à l'heure actuelle, mange avec appétit, il sent ses forces renaître.

Examen macroscopique : les parois du cæcum sont extrêmement épaissies, lardacées, leur épaisseur est de deux à trois centimètres au moins. Cet épaississement des parois présente une grande dureté, il règne sur toute la paroi du cæcum, mais ne dépasse pas en haut le niveau de la valvule iléo-cæcale; en bas, il respecte l'appendice qui ne paraît pas altéré et qui s'est conservé perméable sur toute sa longueur. Cet appendice était situé en arrière du cæcum ; son abouchement dans le cæcum était très élargi. La muqueuse cæcale ne présente aucune ulcération.

Les parois de l'intestin grêle ont gardé leur épaisseur et leur souplesse normales. Le néoplasme soulève le bord inférieur de la valvule dont il rétrécit par sa présence l'ouverture.

La section qui a été pratiquée sur le gros intestin dépasse de beaucoup les limites du néoplasme.

L'examen microscopique (Letulle et Gombault) montre qu'il s'agit de tuberculose.

Obs. XIII. — *Tuberculose du cæcum. — Résection de l'anse iléo-colique. — Entérorraphie latérale le* 13 *juillet* 1897. — *Mort.* — Tuffier, in th. Carel.

Adèle M..., 37 ans, concierge, entre à l'hôpital de la Pitié en juillet 1897 pour une tumeur abdominale.

Antécédents personnels : n'a jamais fait de maladie. Réglée à 14

ans régulièrement pendant 6 à 7 jours. Règles abondantes, non douloureuses. Il y a dix-huit ans, l'accouchement normal. Elle a toujours été constipée.

Histoire de la maladie. — L'affection remonte à la fin du mois de mars. A cette époque, la malade ressentit subitement quelques douleurs du côté de la fosse iliaque droite : ces douleurs ont continué jusqu'au 4 juin. Ce jour-là, elles sont devenues brusquement très fortes et se sont étendues à tout le bas-ventre remontant même dans la région péri-ombilicale. Elles avaient le caractère des coliques, des crampes, cessant par moments pour reparaître ensuite avec plus d'intensité. Ces douleurs devinrent tellement fortes que la malade dut s'aliter. Les douleurs se calmèrent alors un peu, plusieurs purgatifs et lavements n'eurent au début aucun effet. La malade avait perdu l'appétit, avait des nausées, mais pas de vomissements ; le ventre n'était pas ballonné. Pas de fièvre. Cet état dura jusqu'au 14 juin. Ce jour là, ayant pris du lait, elle le rendit ; elle vomit même le champagne qu'elle prit dans le courant de la nuit.

Mais le lendemain un lavement ayant amené une selle, très faible, il est vrai, les douleurs furent brusquement supprimées. Pendant 8 jours la malade ne ressentit absolument plus rien, continuant à avoir de rares selles par lavement. L'appétit était revenu. Au bout de 8 jours, se croyant guérie (22 ou 23 juin), elle se leva.

Les douleurs reparurent alors, moins fortes et plus supportables.

La malade ne s'en préoccupait pas beaucoup, ayant bon appétit, digérant parfaitement, ayant des selles abondantes toutefois toujours par lavements. Aussi n'aurait-elle jamais songé à entrer à l'hôpital si son médecin ne lui avait dit qu'elle avait une tumeur dans le ventre.

La malade n'a jamais toussé, ni craché. Elle n'a jamais eu de palpitations, d'oppression, suffocation, œdème des jambes, etc. Rien d'anormal du côté du système nerveux.

Urines normales, claires.

La malade a peu maigri depuis le début de l'affection, n'a pas perdu ses forces.

Examen. — Femme de taille moyenne, bien constituée, état général très satisfaisant, ventre non augmenté de volume. A la percussion, matité dans la fosse iliaque droite, à la palpation, tumeur du volume d'une orange au-dessous d'une ligne horizontale allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure de la fosse iliaque droite. Cette tumeur est dure, à peine mobilisable, bosselée à la surface. Au toucher on retrouve les mêmes caractères. La tumeur déprime un peu le cul-de-sac latéral droit. Elle ne semble pas être en connexion avec l'utérus qui reste mobile, en anteflexion normale. Quand on cherche à la mobiliser, elle semble adhérer à quelque point du bassin par une sorte de pédicule gros comme le petit doigt qu'on sent se relâcher à volonté.

M. Tuffier pense à une affection cæcale, peut-être tuberculeuse.

Opération, 13 *juillet*. — Laparotomie iliaque (incision curviligne). A la partie profonde, on trouve une induration absolument ligneuse, adhérente au péritoine pariétal ; on la résèque dans l'épaisseur de 2 centimètres. On aperçoit alors l'intestin, on ouvre la cavité péritonéale en se dirigeant par en haut. L'épiploon est réséqué et toute la tumeur formée par une anse de l'intestin grêle, une anse du gros intestin et par le cæcum, le tout agglutiné par l'épiploon est isolé. On amène cette masse à l'extérieur et on sent alors qu'elle est adhérente à la fosse iliaque. Il ne se produit pas d'hémorrhagie. La surface de l'anse libérée est touchée au fer rouge. On arrive ensuite à isoler successivement d'abord une grosse masse fibreuse épiploïque, puis le cæcum et la portion terminale de l'intestin grêle. Dans ces conditions, pensant qu'il s'agit probablement d'une tuberculose cæcale, M. Tuffier pratique la résection de l'anse iléo-colique. Il commence par lier les vaisseaux de l'anse, puis limite et isole la portion à réséquer entre deux pinces dont le mors est recouvert de caoutchouc. Il résèque la masse. Il procède ensuite à la suture de la portion terminale de l'intestin grêle et de la portion initiale du côlon ascendant. Ligature en masse de la muqueuse du gros intestin, qui est cautérisée au fer rouge, puis refermée par 2 étages de sutures en surjet faites sur la séreuse. On procède de même pour l'intestin grêle. Création d'une entéro-anastomose latérale à

un travers de doigt au-dessus de chaque extrémité de l'intestin réséqué. Toutes ces sutures ont été pratiquées à la soie fine.

Examen macroscopique de la pièce. — Le cæcum a été enlevé avec l'appendice qui est épaissi et l'intestin grêle qui a été coupé un peu obliquement. Il s'agit d'une lésion tuberculeuse bien que l'examen histologique n'ait pas été fait.

Suites de l'opération, 14 juillet. — L'opérée se trouve aussi bien que possible après une opération de ce genre. Elle prend du lait et du champagne ; elle a vomi plusieurs fois depuis avant-hier. Pas de selles. Pas de température. Urine 500 grammes. L'opérée ne souffre pas. On enlève la mèche et le drain.

16. — La malade a un pouls petit et fréquent, du refroidissement des extrémités. On lui injecte 3 litres de sérum, on lui fait plusieurs piqûres de caféïne. Elle se refroidit de plus en plus et meurt à 9 heures dans le collapsus.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve pas de péritonite. Tout autour des anses intestinales anastomosées se sont faites des adhérences des anses intestinales entre elles. Le cæcum et le bout de l'iléon sont extrêmement adhérents au péritoine pariétal. Les sutures intestinales ont admirablement bien tenu. La pression sur l'intestin ne fait absolument rien sourdre à travers la ligne de suture.

L'orifice de néoformation fonctionne très bien.

Obs. XIV. — *Tuberculose iléo-cæcale. — Résection. — Entérorraphie circulaire par M. Legueu, le 26 octobre* 1901. — *Guérison.* — Dieulafoy, in *Semaine médicale* du 8 octobre 1902.

Le 14 octobre 1901 entrait salle Sainte-Jeanne, n° 9, une femme de 39 ans, atteinte de diarrhée chronique et de vives douleurs abdominales. Le début de la maladie remontait à 18 mois. A cette époque, avaient apparu des douleurs principalement localisées dans la fosse iliaque droite. Malgré cette localisation, elles ne rappelaient en rien la crise douloureuse de l'appendicite ; elles avaient mis des mois à s'installer, elles revenaient plusieurs fois par jour ; tantôt

elles cédaient pendant quelque temps, tantôt, disait la malade, elles rappelaient par leur intensité « les douleurs de l'accouchement ». On ne constatait dans l'apparition de ces douleurs aucune périodicité qui fût en rapport avec les heures qui suivaient le moment des repas et pût nous guider sur la localisation d'une lésion intestinale.

Un autre symptôme était survenu dès le début de la maladie, c'est la diarrhée. On peut dire que depuis un an 1/2 la diarrhée n'a jamais cessé. Il y a souvent 6 ou 8 selles par jour. Cette diarrhée n'est pas toujours précédée de coliques, elle n'a aucun caractère particulier, elle n'est pas sanguinolente, elle n'est mélangée ni à des mucosités, ni à des membranes. Cet état ne rappelle nullement la typhlocolite muco-membraneuse.

En résumé, douleurs abdominales, surtout à la fosse iliaque droite, et diarrhée sans melœna, sans épreintes, sous ténesme, sont depuis dix-huit mois des symptômes dominants. Malgré la durée de la maladie, cette femme n'a pas trop mauvaise mine ; néanmoins depuis deux mois, elle se sent gravement atteinte, elle dépérit, elle souffre cruellement et la diarrhée est incessante. Les différents traitements médicaux dont elle a fait usage sont restés sans résultat.

La fièvre est nulle, l'utérus et les annexes sont en état normal. L'exploration du ventre fait percevoir, à la fosse iliaque droite, une tumeur du volume et de la forme d'une poire. Cette tumeur douloureuse à la pression, est assez mobile, indurée, mais non bosselée ; sa partie inférieure évasée, se rapproche de l'arcade crurale ; sa partie supérieure étroite, remonte dans la direction du côlon ascendant ; en dedans, elle n'atteint pas la ligne médiane. Etant donnés ces signes et cette localisation, nous ne voyons que le cæcum qui puisse être mis en cause.Tout indique que cette tumeur est d'origine cæcale ou péri-cæcale. M. Dieulafoy repousse l'idée de cancer et accepte le diagnostic de tuberculose parce que la malade, bien qu'atteinte depuis longtemps ne commençait à maigrir que depuis quelques semaines, ce qui s'expliquait mieux avec ce dernier diagnostic — qui fut confirmé par le séro-diagnostic.—Aucune tuberculose pulmonaire : il y a 3 ans, adénopathies probablement scrofulo-tuberculeuses du cou, ayant cédé à l'huile de foie de morue et dont il ne reste aujour-

d'hui aucun reliquat. Du reste, la malade a vécu dans un milieu d'infection tuberculeuse, et il n'est pas étonnant qu'elle ait été contaminée. Mari et 4 enfants (11, 5, 4, 3 ans) ayant succombé à tuberculose pulmonaire.

Opération. — Samedi 26 octobre, par M. Legueu remplaçant de M. Duplay.

Sur le bord externe du muscle droit, on pratique une incision de 15 centimètres. Une fois le péritoine ouvert, la lésion, c'est-à-dire la partie indurée et épaissie de l'intestin, est extériorisée. A l'exploration de l'intestin, on voit que la principale lésion siège au cæcum, qui forme une volumineuse tumeur : mais le cæcum n'est pas seul en cause et M. Legueu constate que l'induration et l'épaississement des parois intestinales se poursuivent sur le côlon ascendant et sur l'angle du côlon transverse, tandis que l'iléon est sain. Après avoir protégé par des compresses la cavité péritonéale et préparé le champ opératoire, la coprostase est réalisée du côté de l'intestin grêle et du côté du côlon.

L'intestin grêle est sectionné en avant du cæcum, puis, de bas en haut, tout l'intestin reconnu malade, épaissi et induré (cæcum, côlon ascendant et angle du côlon), est séparé de son méso. Chemin faisant des pinces sont placées sur tous les vaisseaux qui saignent. L'intestin malade est enfin séparé du côlon transverse, et les deux orifices de section, provenant de l'intestin grêle (bout supérieur) et du côlon transverse (bout inférieur), paraissent absolument sains ; ils sont rapprochés et suturés.

Une fois la continuité de l'intestin rétablie, on enlève quelques gros ganglions du mésentère et on fait disparaître les inconvénients de la grande surface cruentée que représente la section du méso-côlon ascendant. On pratique un surjet de catgut sur son bord libre, de manière à adosser à eux-mêmes les deux feuillets qui composent ce méso. Puis on termine par la suture de la paroi abdominale avec maintien d'un seul drain. Durée de l'opération : 50 minutes.

Au 3e jour, la malade va à la selle ; on commence à l'alimenter avec du lait et du bouillon ; le drain est retiré. Au 8e jour, bien que l'apyrexie fût absolue, une petite fistule stercorale apparaît ; mais cette

fistule de bien minime importance, se ferme en quelques jours. A dater de ce moment les progrès sont rapides et les digestions sont normales. Cinq semaines après l'opération, malade complètement guérie, engraissée (27 cent. d'intestin réséqué), avec appétit excellent, digestions normales, sans douleurs abdominales, ni diarrhée.

Revue 8 mois après opération : la malade a engraissé d'une dizaine de kilogs. Depuis son opération elle n'a jamais ressenti le moindre malaise. Malgré l'ablation du cæcum, de la valvule iléo-cæcale, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse, les digestions sont aussi régulières qu'avec un intestin normal.

Examen de la pièce anatomique. — La partie enlevée comprend la fin de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant, l'angle du côlon, et un fragment du côlon transverse, soit 27 centimètres. L'iléon est tout à fait normal : ce n'est donc pas l'iléon qui a été le point de départ de la tuberculose cæcale.

Le cæcum forme une grosse tumeur, dont le volume est accru par une gaine scléro-lipomateuse qui lui adhère, et dont la surface bosselée donne au premier abord, l'impression d'un sarcome. En différents points sont des ganglions caséeux. Par places, dans l'intervalle des parties moins épaisses de la gaine lipomateuse, on aperçoit la surface externe du cæcum, grisâtre et semée de fins vaisseaux. Débarrassée de son manchon scléro-lipomateux, la tumeur cæcale a 7 centimètres de diamètre.

Après ouverture de la pièce, nous constatons les détails suivants : les parois de l'iléon sont normales ; les parois du cæcum sont dures à la coupe et comme fibroïdes ; elles ont 2 cm. 1/2 d'épaisseur en bas, et 11 millimètres un peu plus haut ; les parois du côlon ascendant ont 6 millimètres d'épaisseur et les parois de l'angle du côlon ont 3 mm. 1/2. Partie du fond du cæcum où elle atteint son maximum la lésion diminue à mesure qu'elle s'étend au côlon. La cavité du cæcum est rétrécie par l'épaisseur des parois ; c'est une hypertrophie concentrique.

La surface interne du cæcum est saillante, irrégulièrement vallonnée et non ulcérée. La valvule iléo-cæcale est indurée, rigide, béante et rétrécie. On constate deux ulcérations sur le côlon ascen-

dant et sur le côlon transverse. L'appendice est légèrement induré, hypertrophié, mais non déformé.

L'examen histologique fait par M. Nattan-Larrier présente les détails suivants : toutes les couches formant la paroi du cæcum sont épaissies, mais l'hypertrophie porte principalement sur la couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale, et sur la couche sous-muqueuse où les lésions tuberculeuses sont au maximum. Epaisseur de ces différentes couches :

Couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale : 11 millimètres.

Couche musculaire : 2 mm. 1/2.

Couche sous-muqueuse : 6 millimètres.

Couche muqueuse : 1 mm. 1/2.

L'épithélium de surface est partout conservé et il n'y a pas trace d'ulcération, même superficielle. Les glandes de la muqueuse sont très hypertrophiées et plongées dans un tissu conjonctif abondant sans infiltration embryonnaire.

Dans la couche sous-muqueuse fibreuse et vascularisée, existe une notable infiltration leucocytaire et une quantité considérable de petits tubercules isolés ou agglomérés. La couche musculaire est dissociée par un œdème abondant, et sur quelques points, on note une infiltration embryonnaire. La couche sous-séreuse est très riche en tissu cellulo-adipeux ; on y trouve des placards de tissu fibreux très dense, et quelques petits tubercules disséminés dans la région latérale et externe de cette couche fibro-adipeuse. Des frottis sur lamelles ont décelé la présence de bacilles de Koch. L'examen histologique de l'appendice a démontré la présence d'une hypertrophie non tuberculeuse des parois avec oblitération du canal dans toute sa hauteur, lésion qu'il ne faut pas qualifier d'appendicite.

Obs. XV. — *Tuberculose hypertrophique du cæcum, du côlon ascendant. — Résection. — Anastomose latéro-latérale, par MM. Duplay et Marion. — Mort.* — Dieulafoy, in *Semaine médicale* du 8 octobre 1902.

Homme de 31 ans, de souche tuberculeuse, mais n'ayant point de

tuberculose pulmonaire a été pris, il y a 2 ans, de douleurs abdominales avec alternatives de diarrhée et de constipation. Pendant les crises douloureuses, les anses intestinales, surtout dans la fosse iliaque droite, le contracturaient à la façon de crampes douloureuses et faisaient saillie sous la paroi avec borborygmes et mouvements péristaltiques Le malade était très amaigri. On sentait, à la fosse iliaque droite, une tumeur indurée, volumineuse, médiocrement mobile. L'opération fut décidée, pratiquée par M. Duplay et terminée par M. Marion (anastomose latéro-latérale). On croyait d'abord n'avoir à réséquer que le cæcum et il fallut enlever le cæcum, le côlon ascendant et la moitié du côlon transverse.

A l'examen de la pièce anatomique on trouve une tuberculose chronique hypertrophique du cæcum, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse. L'épaisseur des parois cæcales mesurait 1 cent. 1/2.

La valvule iléo-cæcale était épaissie, rigide et indurée. La cavité du cæcum était réduite au volume d'une noix. L'iléon était sain. Le malade succomba et à l'autopsie, on vérifia l'absence de tuberculose pulmonaire.

Obs. XVI. — *Un cas de tuberculose iléo-cæcale (forme fibro-adipeuse). — Résection. — Anastomose latéro-latérale*, 2 *décembre* 1901. — *Guérison.* — Gosset, in th. Alglave,

Le nommé Lent... Léopold, âgé de 30 ans, entre le 27 novembre 1901 dans le service de M. le professeur Terrier pour de vives douleurs qu'il éprouve depuis plusieurs semaines dans la fosse iliaque droite.

Ces douleurs ont augmenté depuis la veille, et il y a eu des vomissements plusieurs fois répétés.

A l'*examen* du ventre, on constate au niveau du flanc droit la cicatrice d'une incision faite un peu au devant de l'épine iliaque antéro-supérieure et qui serait due à une opération pour appendicite faite au mois d'août de la même année ; mais le malade ignore si, au cours de cette opération, l'appendice a été ou non enlevé.

À la palpation, on constate au niveau du flanc droit une défense assez marquée de la paroi, mais malgré laquelle on peut sentir un empâtement assez marqué dans la profondeur, avec douleur à la pression.

Avec ces signes, il y a de la fièvre. La température, qui est à 38° le matin à l'arrivée du malade, s'élève à 38°8 le soir.

Ces symptômes font penser que l'appendice iléo-cæcal n'a pas dû être enlevé au moment de la première intervention et que le malade est sur le coup d'une rechute.

Son état général est assez satisfaisant, mais le malade présente de chaque côté, au niveau de la région sus-hyoïdienne latérale, de volumineuses masses ganglionnaires vraisemblablement tuberculeuses.

Le malade est laissé au repos, à la diète lactée pendant quelques jours, avec application de glace sur le ventre.

Au bout de cinq jours, la douleur, au lieu de s'amender, a augmenté, et la température atteint 39°2 le soir.

L'opération est décidée avec le diagnostic d'appendicite suppurée enkystée ; elle est pratiquée le 2 décembre 1901 par M. Gosset, aidé de M. Desjardins. Chloroformisateur, M. Bourreau.

Opération. — Laparotomie latérale, au niveau de l'ancienne cicatrice. Excision du tissu cicatriciel. Ouverture du péritoine. Exploration de la région cæcale où il existe quelques adhérences épiploïques. Au niveau de l'angle iléo-cæcal, on sent dans l'intérieur du cæcum un noyau très dur du volume d'une noix.

Sur le péritoine cæcal, on voit quelques granulations tuberculeuses caractéristiques.

En arrière du cæcum, on sent trois ganglions volumineux, mais ces lésions sont localisées autour du segment iléo-cæcal ; il n'y a rien sur le reste du péritoine.

Aussi, on se met en demeure de pratiquer la résection du segment iléo-cæcal.

Section de l'iléon entre deux clamps, à 10 centimètres de sa terminaison. Deux surjets ferment l'iléon, l'un total hémostatique, l'autre séro-séreux enfouissant.

Section du cæcum entre deux clamps, à 8 centimètres environ au-

dessus de la valvule iléo-cæcale, et fermeture du cæcum par un double surjet.

Section triangulaire du mésentère.

Anastomose latéro-latérale entre l'iléon et le côlon ascendant.

Drainage et fermeture de la paroi.

Durée de l'opération, 1 h. 25. Chloroforme employé, 78 centimètres cubes.

Suites opératoires très simples.

Le malade quitte l'hôpital le 3 janvier 1902, dans un état très satisfaisant.

La pièce anatomique recueillie montre nettement qu'il s'agit de tuberculose de forme fibro-adipeuse.

Obs. XVII. — *Tuberculose hypertrophiée du segment iléo-cæcal. — Résection iléo-cæcale. — Anastomose latéro-latérale*, 29 *septembre* 1902. — *Guérison avec fistulette. — Mort en février* 1903 *de tuberculose généralisée.* — Observation inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Robineau, chirurgien des hôpitaux.

Marie L..., âgée de 23 ans, célibataire, cuisinière, entrée salle Elisa Roy (hôpital Broussais) le 29 juillet 1902.

Depuis l'âge de 9 ou 10 ans était toujours sujette aux points de côté à droite. Jamais arrêtée, jamais obligée de se mettre au lit. Sans pouvoir préciser, elle raconte qu'elle était constipée, et qu'elle digérait mal. Réglée tardivement, à 16 ans. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Il y a deux ans, en 1900 : première crise douloureuse à droite, accompagnée de vomissements se produisant plusieurs fois par jour. Durée de la crise ; 4 ou 5 jours. La malade ne s'alite pas et continue son travail.

Ces mêmes crises se reproduisent assez régulièrement tous les mois au moment des règles. C'est pendant 8 à 10 mois les seuls phénomènes douloureux du côté de l'abdomen.

Sur ces entrefaites, la malade quitte Paris pendant 4 à 5 mois ; les douleurs s'atténuent, mais les troubles gastriques persistent avec diarrhée.

Elle rentre à Paris en novembre 1901. Les douleurs reprennent plus irrégulièrement que l'année précédente ; les crises sont plus fréquentes et plus tenaces. La malade devient une véritable infirme.

Devant la persistance de cet état, elle demande son admission à l'hôpital le 23 juillet 1902.

On trouve, sans température, un plastron très induré, occupant la fosse iliaque droite, douloureux à la pression. La douleur provoquée se propage, dit spontanément la malade, à l'épigastre.

Pendant 2 mois, repos au lit, régime alimentaire spécial (lait, purées). De temps en temps glace sur le ventre pour calmer les douleurs. Jamais la moindre élévation de température.

Le plastron a diminué de volume, sans disparaître. On constate à ce moment, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dure, irrégulière, peu douloureuse, peu mobile verticalement, mais assez mobile transversalement, remontant dans la direction du côlon ascendant, mais n'atteignant pas l'arcade crurale.

Rien au toucher vaginal.

Le Dr Robineau porte le diagnostic d'appendicite chronique hypertrophique, probablement avec épiploïte adhérente.

Opération. — Laparotomie latérale, le 29 septembre 1902 : pas d'adhérences pariétales. On découvre une volumineuse tumeur de la région cæcale, empiétant sur le grêle. Appendice non visible.

Mobilisation de la tumeur en sectionnant le péritoine pariétal en dehors du cæcum. Libération d'adhérences nombreuses et solides dans la fosse iliaque. La tumeur peut alors sortir du ventre.

L'intestin grêle est lié à la soie forte, puis sectionné, cautérisé, le moignon est enfoui, ceci en région saine, soit à 6 ou 8 centimètres du cæcum. Section du péritoine pariétal en dedans du cæcum dont les vaisseaux sont pincés au fur et à mesure. On reconnaît qu'il faut couper le côlon à son angle pour être en région saine. Même procédé d'occlusion que pour le grêle. La tumeur est ainsi enlevée. Anastomose latéro-latérale de l'intestin (deux plans), à la petite soie. Pour éviter la torsion du grêle autour de son méso, celui-ci est suturé au péritoine pariétal. On péritonise la fosse iliaque avec le péritoine pariétal latéral et l'intestin lui-même.

Suture de la paroi en deux plans.

Un premier drain au milieu de la plaie (au contact de l'anastomose), un deuxième à la partie déclive.

Examen de la pièce. — Incision de l'intestin.

Le cæcum est occupé par une tuberculose hypertrophique verruqueuse. Plusieurs ulcérations de dimensions variées, visibles entre les replis verruqueux.

Le grêle est hypertrophié au contact du cæcum : semis de granulations sur le péritoine.

La valvule de Bauhin est détruite. Rétrécissement à ce niveau ayant le volume du petit doigt.

L'appendice totalement adhérent au cæcum est sain macroscopiquement.

Diagnostic de tuberculose confirmée par le microscope.

Suites normales, un peu de suintement purulent par le drain d'en haut.

Au bout de 10 jours fistulette stercorale qui arrive à se fermer en trois semaines. La guérison est à ce moment presque complète, sauf un léger suintement purulent. La malade sort de l'hôpital pour y revenir au bout d'un mois très cachectique, tousse. Suppuration de sa plaie, ayant les caractères du pus tuberculeux.

Cachexie progressive. Elle meurt fin février 1903, de tuberculose généralisée.

Obs. XVIII (personnelle). — *Tuberculose hypertrophique du cæcum. — Résection iléo-cæcale. — Anastomose latéro-latérale par M. Arrou, le 2 décembre* 1902. — *Mort au 8e jour.*

Emile Vautr..., cordonnier, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Monod, le 20 novembre 1902.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de 66 ans, est bien portant. Sa mère est morte à 57 ans, à la suite de métrorrhagies, probablement dues à un cancer utérin. Deux sœurs bien portantes. Pas de tuberculose dans sa famille.

Antécédents personnels. — Le malade a eu la fièvre typhoïde à 16 ans (trois mois sans travailler). Il a été réformé pour une pointe

de hernie inguinale droite. Marié en 1893, sa femme jouit d'une excellente santé, ainsi que son unique enfant, une petite fille de six ans.

Les digestions ont toujours été faciles, l'appétit ordinaire, les selles normales jusqu'au mois d'août dernier.

Histoire de la maladie. — Au mois d'août 1902, crise de coliques surtout localisées du côté droit de l'abdomen, presque subintrantes. Ventre très météorisé ; pas d'arrêt des matières, ni des gaz. Les selles n'étaient ni très liquides, ni bien moulées ; on y retrouvait des aliments à peu près intacts, mal digérés, mais jamais de sang, ni de pus. L'appétit fut conservé pendant cette crise qui dura quatre ou cinq jours. Il y eut deux ou trois vomissements deux heures après le repas, vomissements bilieux et douloureux.

Le 1er *septembre*, sans cause apparente, la douleur se réveille, toujours localisée du côté droit du ventre, douleur sourde, continue, avec crises de coliques passagères. L'insomnie est la règle ; il y eut de la fièvre, des sueurs nocturnes et le malade dut garder le lit tout le mois de septembre. Conservation de l'appétit : selles fréquentes avec aliments non digérés. A partir du 10, il remarque « une grosseur » qui s'était développée au niveau de la fosse iliaque droite, point maximum de la douleur. Comme traitement, on lui prescrit des frictions à l'onguent napolitain, des pointes de feu.

Le 1er *octobre*, Vautr... reprend son travail. Il avait, dit-il, depuis le début de sa maladie qui ne remontait pas même à deux mois, maigri de 18 livres. Le mois d'octobre se passe sans douleurs trop vives ; toutefois V... s'apercevait que sa tumeur augmentait progressivement de volume. Il était deux ou trois jours sans aller à la garderobe, puis subitement avait deux ou trois selles semi-liquides.

Le 8 *novembre*, très fatigué, souffrant pour la première fois pendant la marche, il quitte définitivement son travail. Le 20, il se fait admettre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Blandin, dans le service de notre maître M. le Dr Monod.

Etat au 1er *décembre* 1902. — Tant que le malade reste dans le repos horizontal, il ne souffre pas, mais le moindre mouvement rappelle la douleur. L'insomnie est à peu près complète, à peine deux heures de sommeil dans la nuit. L'appétit est conservé, mais il existe

du dégoût pour certains aliments, c'est ainsi qu'à la vue des viandes grasses « son cœur lève ». La langue est blanchâtre. Les selles, régulières depuis une quinzaine de jours, sont normales comme qualité.

Le malade a encore maigri depuis le 1er octobre ; il ne pèse plus que 108 livres ; d'habitude son poids oscillait entre 140 et 150 livres. Il est fortement anémié.

L'abdomen n'est ni météorisé, ni rétracté. A jour frisant on aperçoit une légère saillie en une région située sur le milieu d'une ligne unissant l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic. A ce niveau, la palpation, très facile (par suite de la maigreur du sujet et du défaut de résistance de la paroi), permet de reconnaître une tumeur du volume d'un gros poing, tumeur arrondie, dure, lisse, se perdant dans la direction du côlon ascendant à deux travers de doigt des fausses côtes, distante de deux travers de doigt également de l'arcade de Fallope, s'étendant en dehors jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, en dedans jusqu'au bord externe du droit sous lequel elle s'engage même un peu. Cette tumeur est légèrement mobile dans le sens transversal. A la percussion, matité à la partie centrale, submatité à la périphérie.

L'examen des autres organes, du poumon en particulier, reste négatif.

M. Arrou pose le diagnostic de tuberculose hypertrophique de la région iléo-cæcale, et décide, avec l'assentiment du malade, d'intervenir.

Opération *le 2 décembre.* — Incision de 10 centimètres, oblique, parallèle à l'arcade crurale, au niveau de la fosse iliaque droite, en plein sur la tumeur. Le péritoine pariétal lui est adhérent. On agrandit l'incision par en bas et il est possible d'ouvrir la séreuse en passant en dedans des adhérences.

La tumeur apparaît alors volumineuse (deux poings), fusionnée à la fosse iliaque droite, à l'épiploon et à quelques anses grêles. M. Arrou commence par la libération des anses grêles, puis résèque l'épiploon adhérent. Section de la fin de l'iléon entre deux pinces ; cautérisation des deux moignons au thermo ; le bout central est enveloppé dans une compresse, le bout périphérique sert d'amorce à la mobilisation de la tumeur qui vient péniblement au dehors. Les

vaisseaux qui donnent sont pincés et liés au fur et à mesure. Au cours de cette manœuvre on ouvre une petite collection purulente, accolée à la face interne de la tumeur. Quand on a dépassé les limites de la lésion, on sectionne en tissu sain le côlon entre deux pinces. La résection est alors achevée. Cautérisation du moignon colique, puis fermeture de la lumière iléale et colique par un double surjet à la soie fine, un premier perforant, occlusif et hémostatique, un second protecteur. La fin de l'iléon est alors amenée au contact du côlon transverse et on pratique une anastomose latérale par double surjet (soie n° 0, petite aiguille de Reverdin courbe). La bouche anastomotique a 6 centimètres environ. La péritonisation est impossible. Comme la fosse iliaque suinte légèrement, on dispose une compresse de gaze sur les surfaces saignantes.

Un drain est placé au contact de l'anastomose.

Fermeture de la paroi en un seul plan.

Durée 1 h. 5.

Examen de la pièce. — La tumeur, très volumineuse, a 12 centimètres dans son plus grand diamètre. La section sur l'intestin grêle a porté à 14 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Le cæcum continue la direction de l'intestin grêle, c'est-à-dire qu'au lieu d'être situé perpendiculairement à la dernière portion de l'iléon, et de se diriger en haut, il se dirige en dehors sur une longueur de 9 cent. 5. Puis après un premier coude, le gros intestin remonte sur une longueur de 7 cent. 5 ; là, nouveau coude du gros intestin qui reprend une direction horizontale, en dedans et à gauche. Cette portion horizontale est longue de 11 centimètres. En somme, il a été réséqué 42 centimètres d'intestin, 14 centimètres pour l'intestin grêle et 28 centimètres pour le gros intestin, le segment réséqué ayant la forme d'un U, ouvert en dedans.

Toute la pièce est recouverte de fausses membranes que l'on enlève. L'appendice extrêmement long, 14 centimètres, paraît normal. Il occupait la face postérieure de la tumeur. La partie terminale de l'iléon n'est pas malade, ni la valvule iléo-cæcale qui a sa souplesse ordinaire. Mais à 2 centimètres de la valvule, la paroi du cæcum commence à s'épaissir ; toute la portion horizontale

et verticale de la pièce a des parois indurées, très hypertrophiées. A 8 centimètres de la valvule, la paroi a une épaisseur maximum de 4 centimètres. A ce niveau, l'extrémité du petit doigt pénètre difficilement la lumière intestinale. Puis à partir de ce point l'hypertrophie diminue progressivement. Sur le 3e jambage de l'U la paroi est normale. La double section a donc porté en tissu sain.

On découvre une ulcération arrondie de 1 cent. 1/2 de diamètre, en amont de la tumeur, contre la valvule iléo-cæcale. La muqueuse qui tapisse les parois malades est recouverte de petites végétations polypoïdes, de saillies verruqueuses, entre lesquelles on découvre des ulcérations linéaires, plus ou moins profondes.

L'examen microscopique montre qu'il s'agissait de tuberculose.

Suites opératoires. — 2 *décembre* (cinq heures). — A ma contre-visite, le malade est très abattu ; il a vomi deux fois, température 38°, pouls 96. Une injection de sérum (500 grammes).

3. — Matin, température 38°2, pouls 104, assez bien frappé. Le malade se plaint de souffrir au creux épigastrique, traits légèrement tirés.

Soir, même état que dans la matinée.

4. — Premier pansement, on enlève la compresse et le drain. On ne replace que le drain. La température est toujours aux environs de 38° et le pouls bat à 100. Le malade continue à rendre son lait qu'il prend glacé : il ne conserve qu'un peu de grog.

Les jours suivants la température monte insensiblement ; le pouls augmente de fréquence, devient petit, incomptable, les vomissements sont incessants : le facies est péritonéal. La mort survient le 10 à 4 heures du matin, 8 jours après l'opération.

L'autopsie nous a montré une péritonite surtout prononcée du côté droit de l'abdomen ; les anses intestinales sont agglutinées, recouvertes de fausses membranes ; un peu de pus dans la fosse iliaque droite. Les sutures de l'anastomose ont tenu. La cause de la péritonite doit être attribuée à l'ouverture de la petite collection purulente au cours de la libération de la tumeur.

L'examen des poumons ne fait voir aucune trace de tuberculose en activité. Deux petits tubercules crétacés au sommet du poumon

droit. L'intestin grêle fendu sur toute sa longueur ne présente aucune ulcération.

Obs. XIX. — *Tuberculose iléo-cæcale. — Résection de 20 centimètres d'iléon et 15 centimètres de cæcum. — Anastomose latérale.* — Routier, *Société de chirurgie*, 2 décembre 1903 (22 nov.).

M. Routier. — Je vous présente 20 centimètres d'iléon et 15 centimètres de cæcum, avec un énorme paquet de ganglions situés dans l'angle formé par les deux segments intestinaux, provenant d'une résection que j'ai faite il y a dix jours, chez une enfant de 17 ans.

J'attire votre attention sur cet appendice extraordinairement dilaté et épaissi qui contenait des matières fécales.

Inutile de vous dire que cette malade n'a jamais eu de symptômes d'appendicite.

J'ai fermé les deux bouts intestin aux et les ai réunis ensuite par une anastomose latérale.

J'avais fermé le tout, mais j'ai dû rouvrir le 2e jour la plaie abdominale ; il a coulé quelques gouttes de sérosité.

La malade est allée à la selle spontanément.

Elle irait parfaitement si elle n'avait une parotidite à gauche, qui se vide par le canal de Stenon, ce qui lui a valu 38°2 à deux reprises.

L'état général paraît parfait cependant, et je compte sur la guérison.

Obs. XX. — *Un cas de tuberculose iléo-cæcale (forme fibro-adipeuse). — Résection le 5 février 1904. — Anastomose termino-latérale. — Guérison.* — Ricard in th. Alglave.

Le nommé Hug... Jules, âgé de 42 ans, menuisier, entre le 28 janvier 1904 dans le service de M. Ricard pour des douleurs qu'il éprouve depuis longtemps déjà dans la fosse iliaque droite.

Il y a environ six ou sept ans qu'il a été pris pour la première fois de vives douleurs dans le bas-ventre, douleurs qui durèrent pendant plusieurs heures et l'obligèrent à se coucher. Depuis cette époque, elles s'étaient reproduites à plusieurs reprises, mais sans durer bien

longtemps et sans entraîner jamais de vomissements, quand, il y a un an, c'est-à-dire au commencement de 1903, elles devinrent assez persistantes pour forcer le malade à s'aliter. Cette fois, elles s'accompagnèrent de vomissements répétés. L'examen du ventre révéla, au médecin appelé, une douleur maxima au point de Mac-Burney. Les selles émises à ce moment présentaient des fausses membranes.

Le malade reçut les soins que comportait son état, mais, après quatre mois de séjour au lit, la douleur persistait encore un peu dans la fosse iliaque.

Au mois d'août de la même année 1903, il eut une nouvelle crise douloureuse avec vomissements et qui dura quinze jours.

Enfin, depuis deux mois, ses forces ont beaucoup diminué ; il a beaucoup maigri, de 20 livres environ, et il est atteint de diarrhée persistante.

A son arrivée à l'hôpital, l'examen du ventre permet de constater une zone douloureuse à la pression, dans la région iléo-cæcale, en même temps qu'on perçoit, sous les doigts, un boudin allongé verticalement depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque droite.

Ce boudin est assez bien délimité et relativement mobile.

L'examen des poumons permet de constater des lésions de tuberculose au sommet du poumon gauche, en arrière.

M. Ricard se décide à intervenir le 5 février pour l'extirpation de la tumeur iléo-cæcale.

Une incision latérale oblique est faite au niveau du flanc droit.

Le péritoine ouvert, on trouve des granulations éparses sur l'intestin et l'épiploon et une tumeur cæcale assez mobile quoique fixée par derrière.

L'iléon est sectionné à 5 ou 6 centimètres de la valvule iléo-cæcale et la tumeur est décollée de gauche à droite et de haut en bas. Ce temps est un peu pénible, mais la tumeur ne tarde pas à se laisser soulever. Le côlon ascendant est décollé sur une assez grande étendue et sectionné à 3 centimètres environ au-dessus du point où cesse l'induration.

Le côlon est fermé par un double surjet au catgut et on fait un abouchement termino-latéral de l'iléon dans le côlon.

La bouche colique est faite plus grande que la lumière iléale, de façon qu'il n'y ait pas de tendance à la rétraction.

Description de la pièce. — La longueur du cæcum et du côlon enlevé est d'environ 9 à 10 centimètres.

La tumeur présente une dureté uniforme dans toute son étendue. De sa partie inférieure se détache un petit renflement en massue, c'est le bout de l'appendice. La plus grande partie de l'appendice est incorporé à la masse cæcale, ainsi que le montre la coupe.

La portion d'iléon enlevée paraît saine.

En revanche, on constate à la coupe que la cavité cæcale a presque entièrement disparu par épaississement des parois.

Dans la partie inférieure de la lumière cæcale très rétrécie s'ouvre l'appendice.

La valvule iléo-cæcale est infiltrée et épaissie, mais son calibre est resté suffisant.

La coupe des parois cæcales est épaisse de 1 millim. 5 à 2 centimètres suivant les points. Elle est dure et lardacée.

Obs. XXI. — *Iléo-colostomie pour tuberculose cæcale. — Résection impossible. — Opération le 6 octobre* 1895 *par M. Ewald. — En mai* 1899, *tumeur encore perceptible, mais aucun trouble intestinal. — Février* 1901 : *bonne santé.* — In Roskoschny, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1901.

Jean M..., 41 ans, maître tailleur, entré le 1er octobre 1895.

Antécédents. — Mère morte de tuberculose pulmonaire. Le malade était toujours bien portant : en 1877, il y a donc 18 ans, il eut, durant trois jours, des douleurs intestinales presque continues, qui disparurent bientôt, pour reparaître en ces derniers temps, laissant souvent un mois d'intervalle entre deux crises, mais changeant toujours d'intensité et de durée. Il déclare que les douleurs commencent à l'ombilic pour de là irradier vers la région iléo-cæcale. Souvent les douleurs parties de là descendaient le trajet du côlon jusqu'à l'anse sigmoïde. On manque de renseignements sur le fonctionnement de l'intestin.

Etat actuel le 2 octobre 1895. — Le malade est assez grand, très

peu musclé et d'apparence robuste. Au sommet du poumon droit on entend une respiration bronchique, partout ailleurs un murmure vésiculaire normal, mais affaibli. Dédoublement du deuxième bruit du cœur. Accentuation du deuxième bruit pulmonaire. Pas d'hypertrophie du foie et de la rate.

Abdomen. — Le ventre est plat. Dans la région iléo-cæcale on trouve par le palper une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, non mobile, douloureuse. Cette tumeur suit les mouvements respiratoires, n'est pas perceptible à la région lombaire.

Opération *le 6 octobre* 1895, par M. Ewald. — Incision de 10 centimètres de long dans la direction d'une ligne allant de la douzième côte à la symphyse. Ouverture du péritoine, On cherche le cæcum et la fin de l'iléon qui sont réunis par de nombreuses adhérences et nettement infiltrés de tuberculose. Le mésentère et le méso-côlon sont farcis de nombreux ganglions lymphatiques ramollis, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. L'appendice atteint la grosseur du pouce et est rempli de liquide. Pour avoir plus de jour, on fait une seconde incision perpendiculaire à la première et qui conduit sur le côlon ascendant. On cherche le tiers inférieur du côlon ascendant et une anse de la fin de l'intestin grêle que l'on anastomose tous deux latéralement par suture, puis on desserre la mèche de gaze iodoformée que l'on avait nouée sur l'anse d'intestin grêle. On rentre l'intestin, on ferme la paroi par une suture à trois étages. Pansement.

Suites opératoires. — Au premier pansement, suppuration de la paroi abdominale. Drain. Guérison par seconde intention. Il n'y eut plus aucune manifestation de la sténose et le malade, guéri, quitta la clinique le 2 novembre.

Le 8 *février* 1897, le malade revient ; il se sent très bien. La tumeur existe encore, elle mesure à peine la grosseur du poing, mais sans causer d'accident de sténose. La cicatrice est large de 3 travers de doigt ; immédiatement derrière elle on sent l'intestin. Une éventration nécessite le port d'un bandage.

20 *mai* 1899. — Communication orale du Pr Albert : L'opéré continue à bien se porter, bien que la tumeur soit toujours perceptible.

Février 1901. — Une lettre du Dr Berkmann nous apprend que

l'opéré continue à bien se porter, qu'il a un grand appétit, de bonnes digestions, des selles normales, sans avoir recours à un purgatif. La cicatrice est large de 7 centimètres ; le malade porte une ceinture abdominale dont il se trouve content.

Obs. XXII. — *Tumeur cæcale tuberculeuse. — Résection jugée impossible. — Entéro-anastomose (iléo-colostomie le 9 mai 1898). — Guérison opératoire. — Amélioration des symptômes fonctionnels, mais accroissement de la tumeur. — Malade perdu de vue 16 jours après l'opération.* — Albert, in Roskoschny, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1901.

Benjamin F..., âgé de 41 ans, mercier, hospitalisé le 4 mai 1898.

Aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Le malade souffrait depuis sa jeunesse d'une constipation qui durait souvent jusqu'à huit et dix jours.

Depuis 8 mois se produisirent fréquemment des renvois, des vomissements, des accès de fièvre, et un médecin consulté constata une tumeur dans la région iléo-cæcale, pour laquelle il ordonna de l'eau de Sedlitz. Il en résulta une violente débâcle qui dure jusqu'aujourd'hui, accompagnée d'une grande perte de forces, d'amaigrissement, de fièvre, accidents qui déterminèrent le malade à réclamer son admission à la clinique,

Etat actuel au 5 mai 1898.— Malade très pâle et très amaigri, à ossature grêle. Le fonctionnement du cœur et des poumons est normal.

Dans la région hypogastrique droite, à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure, on trouve sous la paroi abdominale une tumeur très ferme, à surface arrondie, suivant les mouvements respiratoires, et quelque peu mobile dans le sens transversal. Le toucher rectal permet de constater une hypertrophie modérée de la prostate.

Opération pratiquée le 9 mai par Albert. — Incision de 15 centimètres, à droite, à quatre travers de doigt de la ligne médiane et parallèlement à elle, commençant au niveau de l'ombilic.

Après l'ouverture du péritoine, on trouve une tumeur appartenant au cæcum, tumeur plus grosse que la palpation pourrait le faire supposer et fixée au péritoine pariétal par des adhérences nombreuses et

serrées. On s'aperçoit alors qu'il faut renoncer à réséquer la tumeur et anastomoser à l'aide du bouton de Murphy la fin de l'iléon avec le côlon ascendant. Après l'enfouissement de l'anastomose la paroi abdominale fut refermée par une suture à trois étages.

Le 13 *mai* apparurent les premières selles. A partir de ce moment il y eut chaque jour des garde-robes normales.

Le 17, on enleva toutes les sutures.

Le 22, le bouton de Murphy est rendu avec les selles. On remarque dans les derniers temps un accroissement de la tumeur, qui atteint le volume d'un œuf d'autruche, néanmoins les différents malaises éprouvés par le malade avant l'opération avaient disparu.

Le 25, le malade fut congédié, amélioré.

Je ne pus rien apprendre de nouveau sur ce malade.

Obs. XXIII. — *Entéro-anastomose, puis exclusion de l'intestin pour tuberculose du cæcum non fistuleuse. — Abouchement des deux extrémités de l'anse exclue à la peau, le* 22 *mai* 1897. — *Ablation de l'anse exclue le* 8 *juin* 1898. — *Guérison opératoire mais mort de pneumonie le* 5 *juillet.* — Von Friedlander, in Roskoschny, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, p. 407, 1901.

Marie H..., 25 ans. Entre le 28 mars 1897. Présente depuis décembre 1896 des signes de tuberculose intestinale.

On trouve dans la région iléo-cæcale une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, bosselée, peu douloureuse. Au milieu de l'arcade crurale une seconde tumeur, lisse, dure, douloureuse.

Entéro-anastomose le 22 *mars* 1897. — Laparotomie par Ewald.

Tuberculose de 5 centimètres de l'iléon, du cæcum et du côlon ascendant.

Ganglions nombreux.

Anastomose de l'iléon à 2 centimètres de l'infiltration avec le tiers droit du côlon transverse.

Suture de la paroi.

Réunion par première intention.

Les coliques continuent ainsi que la constipation malgré de grands lavements.

Exclusion le 22 *mai* 1897 par Von Friedländer. Laparotomie.

On trouve l'anastomose, on sectionne les deux anses entre la tumeur et l'anastomose, les deux bouts centraux sont suturés, les bouts de l'anse exclue sont amenés dans la plaie, on suture le côlon en haut, l'iléon en bas.

Suture à deux étages.

31. — On commence des lavages de l'anse exclue, il sort du pus, des mucosités, de grosses boules fécales, des scybales.

Sortie le 11 juillet 1897, la malade a augmenté de 6 kilos.

1er *février* 1898. — On revoit la malade.

28 *mars* 1898. — La tumeur est divisée en deux portions, une inférieure adhérente, une supérieure mobile. Elle est en excellente santé et veut se faire opérer.

Ablation de l'anse exclue le 8 *juin* 1898. — Laparotomie par Von Friedländer. On enlève facilement l'anse exclue, les adhérences ont disparu, elle est mobile, l'anastomose ne se reconnaît qu'à une petite diminution de calibre à son niveau, on péritonise le fond de la paroi.

Suites d'abord simples.

Mort le 5 juillet de pneumonie.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire étendue avec cavernes.

Obs. XXIV. — *Exclusion bilatérale avec abouchement des deux extrémités à la peau pour tuberculose du cæcum non fistuleuse, le* 12 *février* 1898. — *Guérison.* — Von Friedlander, in Roskoschny, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1901.

Depuis six ans troubles intestinaux.

En juillet 1897, il vient à l'hôpital de Troppau où l'on trouve une tumeur de la région iléo-cæcale.

Le traitement médical ne donne rien.

Entre à la clinique du Pr Albert le 7 février 1898.

Tumeur de la région iléo-cæcale, bosselée, sensible, mobile avec la respiration, s'étendant à un travers de doigt de la ligne médiane.

Opération *le* 12 *février.* — Laparotomie latérale, on lie et enlève l'épiploon. On constate une tuberculose du cæcum, du côlon ascendant avec des ganglions.

Adhérences rendant l'ablation impossible.

On coupe en tissu sain le côlon transverse et l'iléon, on ferme les deux bouts supérieur de l'iléon, inférieur du côlon, et on pratique entre eux une bouche latérale.

Après torsion du bout iléal dans le sens du péristaltisme, les deux bouts de l'anse exclue sont fixés dans l'incision, l'iléon à son extrémité inférieure, le côlon à l'angle supérieur. Toute la partie moyenne est suturée.

Suites simples. Réunion *per primam*. Le 7e jour on pratique le premier lavage de la cavité exclue, le pus qui en sort contient du bacille de Koch ; un ganglion extirpé pendant l'opération montre des tubercules. Le malade sort le 9 mars, engraissé.

Il est revu à plusieurs reprises, à Pâques 1899, le 30 juin 1900, le 10 février 1901. Il a repris son métier de conducteur de train, et son état est absolument normal. Mais l'anse exclue continue à sécréter du pus. Il est obligé de faire deux pansements par jour et la sensation d'humidité continuelle l'incite à accepter l'ablation de la tumeur ; celle-ci a d'ailleurs disparu à la pression et on ne trouve qu'une résistance vague et un peu de douleur à la pression à ce niveau.

Obs. XXV. — *Exclusion bilatérale ouverte pour tuberculose cæcale fistuleuse par Gnesda, le 10 novembre 1899. — Guérison.* — Gnesda, in Roskoschny, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1901.

Franz B..., 14 ans, entre le 29 octobre 1899.

Depuis un an diarrhée, coliques.

Depuis huit mois, tuméfaction de toute la région iléo-cæcale, qui s'étend, gagne la cuisse ; celle-ci se fléchit sur le bassin. Un médecin incise la peau, il sort du pus en grande quantité. Il se forme plusieurs fistules purulentes. Depuis trois semaines des matières en sortent. Il continue à avoir des selles par l'anus.

Actuellement, tumeur étendue jusqu'à la ligne médiane et l'ombilic, très dure, immobile.

Opération, *le 10 novembre 1899*.

Laparotomie latérale, tumeur formée par l'épiploon roulé en corde et le cæcum. On coupe l'iléon opposé à la tumeur d'après Doyen. On pratique une anastomose au bouton de Murphy, elle ne tient pas. On

tord alors l'iléon dans le sens du péristaltisme et on fait une latéro-latérale.

Les bouts de l'anse exclue sont abouchés à la plaie, côlon en haut, iléon en bas, on suture la paroi entre les deux. Collapsus profond à la suite d'intervention. On le considère comme perdu. Il se remet.

14. — Selles abondantes.

23. — Premier lavage de l'anse exclue.

25. — Le lavage ramène des matières fécales en quantité énorme.

Le malade engraisse rapidement, il est méconnaissable ; la tumeur diminue de volume, devient mobile.

Obs. XXVI. — *Entéro-anastomose, puis exclusion bilatérale et totale avec fistule préexistante du segment iléo-cæcal pour anus contre nature droit d'origine tuberculeuse.* — M. Gayet, *Société de chirurgie de Lyon*, séance du 3 mai 1900.

Il s'agit d'une malade âgée d'une trentaine d'années. Elle était entrée à la clinique de M. le professeur Ollier, pour un abcès froid fistuleux de la région lombaire, paraissant provenir d'une ostéite de l'épine iliaque antéro-supérieure. M. Ollier l'opéra une première fois, ne trouva pas de pus, mais des fongosités ; il réséqua quelques centimètres de l'épine iliaque ; il vit alors un point dénudé de l'os d'où partaient des trajets multiples dans tous les sens, plusieurs se dirigeant profondément vers la cavité abdominale.

Les suites furent d'abord très simples ; mais, à quelque temps de là, en faisant le pansement on le trouva souillé de matières fécales. Les matières devinrent de plus en plus abondantes, parfois solides, parfois liquides et incomplètement digérées. Au bout de trois mois cet état ne faisant qu'empirer et la malade s'affaiblissant au point de ne plus pouvoir quitter le lit, M. Gayet, qui suppléait alors M. Ollier, se décida à intervenir.

L'opération fut faite par voie para-lombaire, c'est-à-dire qu'une incision fut menée du tiers externe de l'arcade jusqu'aux fausses côtes obliquement en haut et en arrière, puis le péritoine décollé jusqu'à la fistule où l'on avait placé une sonde, et cette fistule disséquée et libérée on s'aperçut alors que d'une part l'orifice à bords déchique-

tés de l'intestin était très large, trop large pour qu'on puisse l'obturer sans rétrécir d'une façon exagérée son calibre ; d'autre part, que dans ce même foyer venait aboutir un autre orifice dont le siège exact était difficile à préciser ; on sut plus tard qu'il siégeait sur la paroi d'une anse d'intestin grêle. Il était impossible de songer à une réparation quelconque par cette voie mal commode ; on sutura les bords de l'orifice intestinal à la peau et on renvoya la cure de l'anus contre nature à une autre séance opératoire.

L'état était dès lors le suivant : les matières s'écoulaient par les deux orifices tout aussi abondamment qu'auparavant ; par l'orifice antérieur sortaient plus rarement des matières moulées, par le postérieur constamment des matières incomplètement digérées.

Deux mois après fut pratiquée une nouvelle intervention par laparotomie.

Incision médiane.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de sérosité hématique.

Il fut difficile d'abord de reconnaître l'état des choses en raison d'adhérences molles qui unissaient les anses intestinales. Il fallut pratiquer une nouvelle incision lombaire perpendiculairement sur la précédente et coupant le muscle droit, ainsi qu'une véritable éviscération pour mettre à découvert les anses fistuleuses.

On reconnut alors que celles-ci n'étaient autres que le côlon ascendant d'une part, puis une anse grêle, dont la distance au cæcum était difficile à évaluer, étant donné l'enchevêtrement de l'intestin, adhérent et enflammé à ce point. A l'aplatissement, à la pâleur d'une portion d'intestin allant du point d'adhérence lombaire dans la direction du cæcum, on reconnut le bout inférieur, le bout supérieur étant, au contraire, plus vascularisé, plus épais au toucher et d'un calibre supérieur. On rentra toutes les anses dans le ventre, ne gardant que ce bout supérieur qu'on aboucha dans le côlon transverse par une entéro-anastomose latérale, par le procédé de la suture à double surjet. L'opération avait duré presque une heure, et craignant le schock d'une trop longue intervention, on se décida à en rester là.

Les suites opératoires furent très simples ; la température ne

monta pas au-dessus de 37° et en peu de jours la malade fut rétablie ; mais l'état local n'avait pas changé, les matières passaient toujours aussi abondantes par les ouvertures anormales. On fit alors l'essai d'obturer par des tampons vaselinés ces ouvertures. On obtint ainsi le passage de quelques matières par l'anus normal, mais la température s'éleva aussitôt, il y eut des phénomènes de rétention stercorale qui obligèrent à supprimer le tamponnement.

Chaque fois qu'on recommença ces tentatives, le résultat fut le même. Elles avaient cependant permis d'acquérir la certitude que l'entéro-anastomose était en état de fonctionner. Il restait à forcer les matières à passer par cette voie.

Pour cela, 3e *intervention*, deux mois après la précédente. Incision suivant la première cicatrice, c'est-à-dire médiane, sur laquelle se branche une incision horizontale de 7 à 8 centimètres, un peu au-dessus de l'ombilic, intéressant le muscle grand droit du côté droit. Pas d'ascite, mais adhérences de l'épiploon au péritoine pariétal. La séparation de ces adhérences fut faite avec précaution et sans qu'on fût obligé de rien lier. On découvre ainsi les anses malades et l'entéro-anastomose.

On introduit par l'anus contre nature des sondes en gomme dont l'une va dans l'intestin grêle, l'autre dans le côlon.

Ayant ainsi reconnu la topographie exacte, on sectionne entre deux ligatures, d'abord le côlon transverse en amont de l'anastomose, puis l'anse grêle, en aval de cette anastomose. On suture en cul-de-sac les quatre bouts par un surjet séro-séreux. On laisse entre l'anastomose et le cul-de-sac de l'intestin grêle une ligature lâche, plissant simplement l'intestin pour diminuer la pression des matières en ce point. Les autres ligatures coprostatiques sont enlevées et le tout réduit dans l'abdomen.

Le ventre est refermé.

Les jours suivants la température monta un peu (38°8 le lendemain soir). On en eut l'explication au premier pansement par la présence d'un petit abcès pariétal autour d'un des fils métalliques. Ce petit abcès n'eut d'autre inconvénient que de forcer à l'ablation de quelques autres fils et à attendre la réunion par seconde inten-

tion. Une petite fistulette a persisté à ce niveau, mais paraît aller vers la guérison spontanée.

Au point de vue du passage des matières, le résultat fut atteint. Le lendemain soir de l'opération, un petit lavement huileux ramenait déjà quelques parcelles de matières ; peu à peu celles-ci reprirent leur cours normal et le 4e jour, la malade évacuait une selle parfaitement moulée.

Du côté de l'anus contre nature il se fit d'abord une sécrétion assez abondante, fétide, qui se tarit graduellement. Actuellement, quatre mois après l'opération, il sort par ces fistules quelques gouttes de liquide clair, inodore, qui oblige simplement la malade à porter à ce niveau un petit pansement.

L'état général s'est rapidement amélioré ; la malade a repris 3 kilogrammes en quelques jours, elle est rentrée chez elle où elle se livre sans fatigue à ses occupations ordinaires. Il n'y a aucune tendance à l'éventration.

Il semble bien que la cause première de tous ces accidents a été une tuberculose localisée de l'intestin, ayant provoqué un travail d'adhérences et d'ulcération des deux anses colique et grêle dans l'abcès tuberculeux préalablement ouvert.

L'opération faite, qui est, en somme, une exclusion des portions malades de l'intestin et de la portion saine qui les reliait, a intéressé environ 1 cent. 50 du tube digestif. Ce qui a déterminé à choisir ce procédé, c'est la grande difficulté d'une extirpation totale ou cure radicale, qui n'eût probablement pas été supportée, étant donné l'état de faiblesse de la malade. Le résultat n'est évidemment pas parfait, puisque la fistule persiste, mais l'opérée est rendue à la vie commune qui lui était absolument impossible auparavant et elle s'en déclare très satisfaite.

Obs. XXVII. — *Exclusion unilatérale avec fistule préexistante pour tuberculose fistuleuse. — Anastomose de l'iléon avec la fin du côlon descendant. — Amélioration.* — Bérard et Jaboulay, *Société de chirurgie de Lyon*, séance du 3 mai 1900.

Dans une exclusion, pour tuberculose du cæcum fistuleuse, avec

abcès et larges adhérences, pratiquée récemment avec M. Jaboulay, celui-ci ne fit pas l'abouchement de l'intestin grêle sur le côlon transverse, mais il anastomosa latéralement un point de l'iléon, distant environ de 20 centimètres du cæcum, avec la fin du côlon descendant. L'anastomose fut faite au bouton. Puis M. Jaboulay sectionna l'intestin grêle à 10 centimètres au-dessous de l'anastomose, et oblitéra les deux branches de section ainsi obtenues au moyen d'un double point de sutures (Lembert à points séparés). On ne se préoccupa pas de fermer le gros intestin entre le cæcum malade et la branche latérale du côlon descendant, et pourtant, jamais il n'y eut de reflux de matières par la fistule du cæcum exclu.

Dès le surlendemain de l'opération, le malade qui, depuis des semaines, rendait la presque totalité de ses matières par la fistule cæcale, vit celles-ci reprendre leur cours normal.

Le bouton fut rendu au 11e jour, il y a de cela près de trois mois, et toujours depuis ce moment le fonctionnement de l'anastomose fut parfait, sans coliques, avec selles exclusivement par l'anus. Les selles sont moulées, non diarrhéiques, bien qu'on eût certainement ainsi supprimé une longueur de 1.30 à 1.50 du circuit total des matières.

L'éloignement de l'anastomose latérale, par rapport aux lésions tuberculeuses qui avaient nécessité l'exclusion du cæcum, est en outre une garantie contre la propagation possible des lésions bacillaires jusqu'à cet abouchement.

Donc en tant que moyen de dérivation des matières, une telle pratique eut un résultat parfait. Quant à son action sur les lésions du cæcum lui-même, par la mise au repos et par la protection de l'organe contre les infections fécales, elle fut moins nette : un suintement purulent assez abondant a persisté, et le gâteau induré perçu par le palper de la fosse iliaque droite n'a pas notablement diminué de volume.

On fit une exclusion opératoire de la portion malade de l'intestin : les matières ne passent plus par la fistule, mais il persiste un écoulement assez abondant qui provient des sécrétions de l'intestin malade.

Obs. XXVIII. — *Tuberculose cæcale fistuleuse. — Exclusion bilatérale partielle, puis exclusion bilatérale totale le 15 janvier 1903. — Guérison.* — Ricard, in thèse Lance, p. 155.

M. P..., 44 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Lui-même n'a jamais eu aucune affection. Il y a 18 ans, il entre comme chef dans un bureau où son prédécesseur avait vécu phtisique pendant de longues années. Deux ans après, en novembre 1887, pleurésie droite qui se prolonge près de trois mois. Pendant trois ans, il a par moments des douleurs de côté. En 1891, il a une sciatique double qui le tient un mois au lit. Depuis, il lui reste une difficulté à lever les jambes.

Dès cette époque, il y a 9 ans, quand il se couche à plat sur le dos, il souffre dans la fosse iliaque droite, cette douleur disparaît s'il se met sur le côté droit.

A partir de 1895, il présente de la constipation, qu'il combat par des purgatifs variés jusqu'en 1900.

En février 1900, il est pris d'une crise douloureuse qui le tient deux jours au lit. C'est une crise de douleurs terribles qui débutent sous le foie, traversent le ventre et viennent finir dans le flanc gauche par un gargouillement ; cette crise dure cinq heures environ ; à la fin de la crise, il est couvert de sueurs et tellement abattu qu'il ne reconnaît plus personne.

Cette crise se reproduit 4 fois en 1900, 15 fois en 1901. Elles s'aggravent, s'accompagnent de fièvre et de vomissements.

En 1902, les crises reviennent tous les quinze jours, puis tous les huit jours. Malgré cela, le malade va tous les jours à la selle avec 2 ou 3 lavements glycérinés, il est vrai. Au mois de juillet 1902 seulement, il est pris d'une diarrhée avec 20 ou 25 selles pendant 15 jours. Son état général est très mauvais. De 108 kilogrammes en 1892, il tombe à 90 kilogrammes. Après chaque crise, il maigrit. En dehors des crises, il a bon appétit, mange et digère bien. Son médecin le mène en consultation en juillet 1902 chez le Dr Hayem qui pense à une tumeur de l'intestin. M. Ricard le voit. Il entre le 26 juillet dans une maison de santé.

1re intervention *le 28 juillet.* — Incision de la fosse iliaque droite.

On tombe sur des adhérences multiples, on explore d'abord la face externe du cæcum sans rien trouver, puis se portant en dedans, on suit le grêle sain vers le cæcum. Avant d'arriver à lui, on voit sur le cæcum de petites nodosités blanches, denses, lisses, de la grosseur d'un grain de blé qui y sont appendues, on en enlève une pour l'examen histologique. L'extirpation semble impossible, on draine et l'on referme. Le drain est enlevé au bout de 48 heures. Le 7e jour, ablation des fils, réunion complète sauf au niveau du drain. Le lendemain, fièvre. Le 7 août, formation d'une fistule stercorale par l'orifice du drain, sous la paroi il se forme un phlegmon stercoral qui est incisé le 11 août. L'examen histologique a montré que le nodule enlevé était tuberculeux. Le malade engraisse considérablement, de 1.200 grammes par semaine, toutes les matières passent par la fistule.

2e intervention *le 18 novembre*. — Laparotomie médiane avec débridement à droite, on a beaucoup de peine à s'orienter au milieu des adhérences. On finit par amener la dernière anse grêle saine qui se dirige vers la tumeur, on l'anastomose latéralement avec la partie moyenne du côlon transverse. Pour terminer l'opération plus vite et pensant que l'exclusion partielle valvulaire suffirait à empêcher les matières de s'écouler vers le cæcum, on passe un catgut n° 4 à travers le mésentère, on lie à fond l'iléon au-dessous de l'anastomose et on enfouit ce lien par un surjet séro-séreux au catgut fin, on pratique de même pour le côlon transverse.

Les suites sont très simples. Réunion *per primam*. Les matières passent en entier par l'anus, mais le 16e jour après, un peu de matières fécales passent par la fistule ; deux jours après, toutes les matières s'y font jour. Néanmoins, le malade conserve de temps en temps une selle moulée par l'anus, ce qui semble prouver que l'entéro-anastomose fonctionne.

Le malade maigrit. Il se forme un abcès sous la paroi au niveau de la fistule. Il réclame une nouvelle intervention.

3e intervention *le 15 janvier* 1903. — La fistule est nettoyée et bouchée à la gaze. Laparotomie dans l'ancienne incision. Un abcès sous le débridement droit est curetté et lavé à la teinture d'iode. A

cause des adhérences multiples, on a un mal considérable à s'orienter, on finit par trouver péniblement l'anastomose ; au-dessous d'elle les deux points ligaturés sont à peine rétrécis, ils semblent surtout rétrécis parce que la portion d'intestin qui les sépare de l'anastomose est très dilatée. On sectionne l'iléon au point rétréci. On explore avec une pince l'entéro-anastomose, elle a un diamètre suffisant ; on ferme les deux bouts avec un plan total et un plan séro-séreux, on pratique de même pour le côlon, mais là on a une grande difficulté, le côlon étant collé à la paroi postérieure, on le sectionne dans le fond d'une cavité et bien que l'on se défie, on pratique une section courbe qui dans la profondeur se dirige à gauche presque parallèlement à sa cavité. Il en résulte une très longue et très difficile suture. L'intervention a duré près de deux heures. Suites simples.

Dès le lendemain, il sort des gaz par l'anus. La fistule ne sécrète plus que du pus. Le malade croit le 19 janvier entendre sortir des gaz par la fistule, le 27 janvier selles abondantes par l'anus.

L'état général s'améliore rapidement.

Le malade s'en va dans le Midi. Il y fait une phlébite passagère et rentre à la fin d'avril.

En trois mois, il a augmenté de 18 kilogrammes. La tumeur est en voie de régression et la fistule ne donne plus que quelques centimètres cubes de sérosité qui nécessite un petit pansement tous les jours.

Obs. XXIX. — *Perforation de l'appendice d'origine probablement tuberculeuse. — Péritonite subaiguë. — Fistule pyo-stercorale. — Mort de tuberculose abdominale et pulmonaire.* — Bouilly, *Soc. de chir.*, 2 mars 1892.

« Le 16 août 1887, je fis la laparotomie à une malade qui présentait depuis 2 mois et 10 jours les symptômes d'une péritonite subaiguë suppurée ; les phénomènes péritonéaux s'amendèrent de suite, mais l'amélioration générale fut lente et entravée par des accidents pulmonaires.

Les jours suivants, il s'établit par la plaie de l'incision une fistule stercorale.

Le 27 décembre de la même année, je rouvris la plaie et je pus me convaincre que la cause primitive de la péritonite et de la fistule était une perforation probablement tuberculeuse de l'appendice iléo-cæcal.

Cet organe fut isolé et réséqué ; l'écoulement stercoral cessa, mais, quelques mois plus tard, la cicatrice se désunit, et la malade succomba, en mars 1888, aux progrès de la tuberculose abdominale et pulmonaire. »

Obs. XXX et XXXI. — *Péritonite aiguë par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse.* — R. Oppenheim et Ch. Laubry, *Arch. gén. de médecine*, 1899, p. 642.

I. — B... Yves, 43 ans, entre le 28 mai 1898, dans le service de notre maître M. le Dr Caussade, hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, lit n° 19, pour une bronchite qui dure depuis deux ans.

Il toussait chaque hiver, mais depuis quelques mois sa toux devient plus fréquente et s'accompagne d'hémoptysies peu abondantes, mais répétées, son état général devient mauvais, il perd l'appétit, dort peu, a des sueurs nocturnes et maigrit rapidement. Cet amaigrissement est surtout marqué depuis 15 jours, époque à laquelle il a été pris sans douleurs, sans troubles digestifs antérieurs, d'une diarrhée persistante et rebelle à tout traitement. Il a trois ou quatre selles par jour et plusieurs pendant la nuit. Elles sont peu abondantes, plutôt séreuses, de couleur jaune noirâtre. Jamais il n'a eu de vrai melœna, mais à plusieurs reprises ses selles ont été striées de filets sanglants. Jamais il n'a eu de selles glaireuses ou contenant des aliments non digérés. Pas de vomissements.

Antécédents héréditaires et personnels. — Avant ses bronchites, il n'eut jamais de maladie grave. Sa femme est bien portante. Père également en bonne santé. Mère morte de tuberculose pulmonaire.

A l'examen du malade, on note une température normale, succédant à une légère hyperthermie (38°5) de la veille, pouls à 72.

Au thorax, on remarque, outre l'amaigrissement marqué du malade, en avant et à droite, une dépression sous-claviculaire, avec diminution notable de l'amplitude respiratoire, sonorité exagérée de

ce côté, alors qu'à gauche la matité est franche. La percussion est, d'ailleurs, douloureuse.

A l'auscultation, on entend au sommet droit un souffle caverneux accompagné de gargouillement ; au sommet gauche une respiration soufflante avec craquements et frottements s'étendant vers l'aisselle, mais non du côté de la base. En arrière, les signes sont aussi accusés à gauche ; mais à droite, il existe au sommet un souffle doux, et plus bas, des râles sous-crépitants fins, s'étendant vers la base.

Rien au cœur.

Foie et râte normaux.

La langue est blanche, sans caractères spéciaux. Le ventre est souple, non douloureux, avec gargouillement. surtout marqué dans la fosse iliaque droite. L'examen des selles confirme les renseignements fournis par le malade.

Les testicules sont sains.

En somme, le diagnostic s'impose. Tuberculose pulmonaire à la 3e période avec entérite tuberculeuse au début. On institue un traitement approprié : régime lacté partiel, pulvérisations créosotées et décoction de Sydenham contre la diarrhée.

Du 28 mai au 18 juin, le malade reste soumis au même régime pendant environ 3 semaines, sans que rien de notable soit constaté dans son état, à part quelques phénomènes d'intolérance gastrique. Des vomissements surviennent à plusieurs reprises, à de longs intervalles ; ils sont précédés de nausées et ne paraissent pas succéder à des efforts de toux ; ils contribuent aux progrès de l'amaigrissement.

On modifie plusieurs fois le traitement anti-diarrhéique, en donnant successivement du bismuth, du laudanum, des pilules de nitrate d'argent, sans obtenir de résultats satisfaisants.

18 *juin* (soir). — La température, qui jusque-là s'était maintenue dans le voisinage de la normale, s'élève brusquement à 38°5. Cet incident attire notre attention à la contre-visite, d'autant plus que cette ascension thermique se traduit chez le malade par un malaise général (légers frissons, sueurs, céphalalgie peu intense, langue sèche). Le pouls est à 90.

Rien au cœur.

Le ventre est toujours souple, non douloureux à la palpation.

Du côté des poumons les signes stéthoscopiques ne sont pas modifiés. Nous songeons cependant à une poussée aiguë des lésions pulmonaires pour expliquer cette subite aggravation de l'état du malade.

20 au 23. — On note la persistance de l'état fébrile, sans rémission matutinale notable ; le pouls oscille entre 100 et 116. La diarrhée est toujours persistante ; les selles, plus fréquentes, sont fétides et sanguinolentes, et s'accompagnent de coliques légères et de vomissements alimentaires ; mais comme ceux-ci existent depuis longtemps, on ne songe en aucune façon à incriminer le péritoine, et le diagnostic reste le même, la gravité de l'état général paraissant sous la dépendance d'une poussée aiguë pulmonaire et intestinale.

23. — La température tombe brusquement au-dessous de la normale. Cette chute n'est accompagnée d'aucune douleur abdominale ; le ventre est légèrement ballonné et sonore à la percussion ; aucun point n'en est spécialement sensible. Le malade a d'ailleurs toute sa connaissance ; il répond parfaitement à toutes les questions qu'on lui pose. Le pouls est faible et rapide. Cependant notre maître, M. Caussade, insistant sur la brusque chute de la température et s'appuyant sur ce seul signe croit pouvoir affirmer l'existence d'une péritonite aiguë par perforation. Traitement : glace et opium.

24. — Pendant la nuit le malade a été agité ; insomnie avec délire tranquille. Le matin, la température est toujours basse (36°5), le pouls est filiforme et incomptable ; les extrémités refroidies. Le ventre est nettement ballonné ; il y eut quelques vomissements alimentaires. Le malade meurt à 3 h. 1/2 du soir.

Autopsie *le 26 juin.* — Ouverture de la cavité thoracique ; adhérences pleurales unissant les plèvres pariétales et viscérales et surtout marquées à droite.

Le poumon droit est entièrement farci de granulations tuberculeuses, d'autant plus confluentes qu'on se rapproche davantage du sommet. Celui-ci est creusé de plusieurs petites excavations du volume d'une noisette, les unes vides, les autres pleines d'un liquide purulent.

Au sommet gauche lésions tuberculeuses moins avancées. Cœur petit sans lésions appréciables.

Aorte normale.

Ouverture de la cavité abdominale. Les anses intestinales sont distendues et fortement congestionnées ; elles sont poisseuses au palper, recouvertes d'un exsudat fibrineux, plus consistant en certains points où il prend franchement l'aspect de fausses membranes. Celles-ci sont minces, effilées et s'étendent sur plusieurs anses intestinales. Les mêmes fausses membranes se retrouvent sur toute l'étendue du péritoine pariétal, qui dans l'intervalle apparaît rouge et fortement injecté. Il n'y a pas de pus dans le petit bassin.

En soulevant avec précaution les anses superficielles, on aperçoit à faible distance de la terminaison de l'iléon, un territoire plus fortement congestionné, sorte de plaque violacée et noirâtre, au niveau de laquelle on voit sortir de l'intestin une petite quantité de liquide louche, brunâtre et quelques bulles de gaz. L'orifice qui livre passage à ces matières est presque imperceptible tant qu'on n'examine l'intestin que par sa face externe. On ouvre alors l'iléon et l'on constate sur sa face interne l'existence d'un grand nombre d'ulcérations. Celles-ci siègent au voisinage de la terminaison de l'intestin grêle et envahissent également le cæcum et le côlon ascendant jusqu'à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen.

Dans l'iléon, elles occupent très manifestement les plaques de Peyer ; allongées dans le sens longitudinal, elles ressemblent aux ulcérations typhiques. Leur fond est noirâtre, irrégulier, leurs bords décollés, friables, à contours mal limités. A côté de ces ulcérations, on en trouve de dimensions moins considérables, les unes folliculaires, les autres circulaires et entourées de fines granulations, répondant en un mot au type classique de l'ulcération tuberculeuse de l'intestin.

La partie de l'iléon où paraît siéger la perforation est soigneusement détachée ; en l'exposant à la lumière, on aperçoit très nettement une solution de continuité dont les dimensions ne dépassent pas celles d'une tête d'épingle et qui siège au centre d'une ulcération en plaque. Le point perforé est limité par une zone transparente de un demi-centimètre de rayon, constitué par la tunique séreuse, qui seule

a été respectée à ce niveau. Au pourtour de la perforation l'examen à la loupe permet d'apercevoir quelques fines granulations.

A la face externe de l'intestin, on n'aperçoit pas de granulations ; mais on voit partir du bord mésentérique quelques traînées de lymphangite qui aboutissent à des ganglions hypertrophiés et de consistance très dure. Quelques-uns, plus volumineux, contiennent de petits nodules tuberculeux.

Le foie est légèrement hypertrophié ; il ne présente pas de noyaux à la coupe mais il paraît atteint de dégénérescence graisseuse.

La rate est normale.

Les reins se décortiquent facilement et ne paraissent pas altérés.

II. — Pl... Mathias, âgé de 65 ans, tailleur. Entre le 18 décembre 1898, salle Dupuytren (service de M. le Dr Blum).

Le 18 *décembre* 1898 nous recevons à 4 heures du matin un malade âgé de 65 ans et qui est envoyé avec le diagnostic d'accidents gastro-intestinaux aigus.

Le malade nous raconte que, depuis la veille au matin, il ressent de vives douleurs abdominales ; celles-ci l'ont pris brusquement, à la suite (dit-il) d'un léger écart de régime fait à son dernier repas.

Depuis ce moment, il n'a pu aller à la selle et n'a pas eu d'émission de gaz ; mais il n'a pas eu non plus de vomissements. Les accidents sont survenus au cours d'une santé parfaite.

Dans ses antécédents, le malade ne peut mentionner qu'une crise analogue, il y a trois semaines, et qui aurait cédé au bout de deux jours à une médication anodine (cataplasme, purgation, etc.).

Il y a plusieurs années, il a eu, dit-il, à différentes reprises, des bronchites répétées, mais légères, et qui n'ont jamais nécessité un traitement sérieux.

En l'examinant, nous constatons un facies grippé ; les yeux, excavés sont entourés d'un cercle bleuâtre ; le sillon naso-labial est creusé profondément. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, recouverte en son centre d'un enduit blanchâtre, sèche sur toute son étendue.

Le pouls est à 120, avec quelques irrégularités ; les artères sont athéromateuses.

La température prise au moment de l'entrée est de 36°8, dans le rectum.

L'examen de l'abdomen dénote l'existence d'une douleur très vive dans toute la portion sous-ombilicale du ventre avec hyperesthésie cutanée manifeste.

La douleur est diffuse, sans qu'un examen minutieux fasse découvrir de point spécialement plus sensible.

Il n'y a pas de météorisme. La percussion donne une sonorité normale dans toute l'étendue de l'abdomen, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche et de la région sus-pubienne, où l'on constate une légère submatité.

La constipation est absolue depuis deux jours.

Le malade n'a pas uriné non plus depuis 24 heures. Les vomissements, qui avaient fait défaut jusqu'alors, apparaissent pendant qu'on le couche. En l'espace de 2 heures le malade est pris à trois reprises de vomissements verdâtres sans odeur fécaloïde ; en même temps surviennent du hoquet et une gêne respiratoire assez accusée.

L'examen des divers organes ne donne rien de particulier. Il n'y a pas de phénomènes stéthoscopiques anormaux du côté du poumon et du cœur ; le foie est de volume normal, non douloureux à la palpation.

Le toucher rectal est négatif.

Les anneaux inguinaux et cruraux sont libres.

En présence de ces signes, le diagnostic ne peut se poser qu'entre l'étranglement interne et la péritonite aiguë ; si la suppression complète des matières et des gaz plaide en faveur de la première hypothèse, l'existence d'une zone de matité dans la portion inférieure de l'abdomen démontre la présence d'un léger épanchement de la cavité péritonéale ; c'est ce qui nous permet d'incliner vers l'hypothèse de la péritonite.

Dès son arrivée à l'hôpital, notre maître, M. le Dr Blum, confirme notre diagnostic et décide l'intervention immédiate.

Opération pratiquée le 18 décembre, à 9 heures. — Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du ventre, il s'écoule un jet de liquide purulent,

mélangé de matières stercorales, le tout d'une odeur nettement fécaloïde.

Ce liquide paraît provenir du petit bassin.

Les anses intestinales accessibles à la vue sont agglutinées, injectées, couvertes de fausses membranes jaunâtres, épaisses et molles.

On dévide l'intestin sur une certaine longueur, sans pouvoir découvrir de perforation.

L'appendice est en situation normale et ne paraît pas malade.

On pratique un lavage de la cavité abdominale à l'eau bouillie et on suture la plaie en drainant largement.

Aussitôt après l'opération on donne au malade une forte dose d'opium pour immobiliser l'intestin et tâcher de limiter l'issue des matières dans la cavité péritonéale.

Pendant toute la journée les vomissements continuent, le pouls devient filiforme, les extrémités se refroidissent ; la température est le soir à 37°8 dans le rectum.

Le malade meurt le soir, à 9 heures.

A l'autopsie, faite le 20 décembre, 36 heures après la mort, nous constatons l'existence d'une péritonite généralisée.

Les anses intestinales, dans toute l'étendue de l'abdomen, sont agglutinées entre elles et recouvertes d'épaisses fausses membranes d'une coloration jaune verdâtre. Dans les points où les fausses membranes font défaut, l'intestin apparaît d'une coloration lie de vin.

Pas de granulations tuberculeuses.

Dans les points déclives de l'abdomen et dans le petit bassin, il y a une grande quantité (un litre à un litre et demi) de liquide brunâtre mélangé de grumeaux, d'odeur fortement fécaloïde.

En déroulant l'intestin grêle, on trouve à 15 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, un petit orifice circulaire de la dimension d'une tête d'épingle et en partie caché par une fausse membrane formant clapet, ce qui explique qu'il ait échappé aux investigations faites pendant l'intervention chirurgicale.

Cette perforation siège sur la paroi latérale de l'intestin grêle, à égale distance du bord libre et du bord mésentérique.

L'intestin étant ouvert, nous trouvons sur la face interne, au point

correspondant à la perforation, une ulcération annulaire, qui fait le tour complet de l'intestin ; le calibre est d'ailleurs à ce niveau légèrement rétréci. Cette ulcération mesure environ 2 centimètres dans le sens de la longueur, ses bords supérieur et inférieur présentent un contour irrégulier, dentelé ; ils sont surélevés d'au moins 3 millimètres au-dessus de la muqueuse des portions saines qui les limitent ; à la surface de l'ulcération, dont le fond formé par la tunique musculeuse présente une coloration d'un gris verdâtre, on distingue un semis de points blanchâtres, du volume d'une tête d'épingle, abondant surtout au voisinage des bords de l'ulcération et qui donnent l'impression de fines granulations tuberculeuses.

Au centre de l'ulcération, à peu près à égale distance du bord libre et du bord mésentérique, de l'extrémité inférieure et de l'extrémité supérieure, on distingue la perforation en forme d'entonnoir. L'ouverture la plus large mesurant de 2 à 3 millimètres de diamètre est tournée du côté de la muqueuse.

Les autres portions de la muqueuse de l'intestin grêle, depuis le duodénum jusqu'à l'ulcération que nous venons de décrire, et depuis celle-ci jusqu'à la valvule iléo-cæcale, sont absolument normales ; le cæcum présente à sa face interne, sur la paroi postérieure une ulcération irrégulière polycyclique, en forme de fer à cheval, à bords festonnés et surélevés, peu profonde ; le fond, de coloration blanchâtre, est couvert dans toute son étendue et surtout au voisinage des bords, d'abondantes granulations qu'on ne distingue qu'à la loupe.

L'appendice vermiculaire ne présente pas de lésions, non plus que le gros intestin.

Les ganglions mésentériques sont volumineux et l'un d'eux nettement caséeux.

Les autres organes de la cavité abdominale, foie, rate, reins, paraissent normaux.

Les poumons présentent à leur sommet quelques adhérences pleurales avec la paroi thoracique.

A la coupe, on constate particulièrement au sommet du poumon droit l'existence de quelques tubercules crétacés, entourés d'une zone de tissu fibreux. Il n'y a pas d'excavation.

Les résultats de l'autopsie n'étaient pas d'une interprétation difficile. La péritonite suraiguë, qui avait emporté le malade, résultait évidemment de la perforation au niveau de la portion terminale de l'iléon et celle-ci relevait très probablement d'une ulcération tuberculeuse.

La forme annulaire de l'ulcération, l'existence à sa surface et au niveau de l'ulcération cæcale d'un semis de granulations, l'altération des ganglions mésentériques, l'existence au sommet des poumons de lésions de tuberculose fibreuse ancienne, étaient autant d'arguments qui plaidaient pour l'hypothèse de la tuberculose intestinale.

L'examen microscopique et histologique vint confirmer le diagnostic.

Tout d'abord, un frottis de lamelles, fait avec le produit de râclage de la surface de l'ulcération, nous permit de déceler l'existence à ce niveau de bacilles de Koch.

Après inclusion à la paraffine et coloration à l'hématéine-éosine de fragments de l'intestin malade, nous constatons : au niveau de l'ulcération du cæcum, l'atrophie des culs-de-sac glandulaires ; les fibres musculaires sont dissociées, remplacées en majeure partie par du tissu embryonnaire, dans l'épaisseur duquel on découvre un grand nombre de nodules tuberculeux avec des cellules géantes typiques.

Au niveau du péritoine, il n'y a plus de tubercules ; mais on trouve un épaississement considérable de la séreuse, avec des amas de cellules embryonnaires enserrées dans un réseau fibrineux, ce qui répond bien aux lésions de péritonite aiguë constatées à l'examen microscopique.

Au niveau de l'ulcération de l'iléon, au voisinage de la perforation, les fibres musculaires et la couche des glandes ont complètement disparu ; il n'existe plus, en dehors de la séreuse épaissie, et présentant les mêmes altérations que sur les coupes du cæcum, qu'une couche conjonctive parsemée de nodules tuberculeux de dimension variable avec des amas de cellules géantes et épithélioïdes.

En un point plus éloigné de l'ulcération et plus rapproché des bords de l'ulcération, les fibres musculaires sont conservées et permettent d'orienter la préparation. On trouve le péritoine épaissi

avec infiltration embryonnaire abondante. Les fibres musculaires sont dissociées par place par des amas de cellules embryonnaires.

La muqueuse a conservé ses culs-de-sac glandulaires, et par place on distingue encore le squelette conjonctif des villosités.

Dans le tissu cellulaire sous-muqueux et entre les faisceaux musculaires, on trouve encore un certain nombre de follicules tuberculeux, de volume variable.

Sur plusieurs coupes du cæcum et de l'iléon colorées par la méthode de Kuhne (Ziehl, chlorhydrate d'aniline et recoloration par la thionine ou le procédé de Nicolle par le bleu de méthylène et le tannin), on trouve des bacilles au centre des follicules tuberculeux et des cellules géantes.

La démonstration est donc complète ; il s'agit d'une entérite tuberculeuse ayant déterminé une perforation de l'intestin, suivie d'une péritonite généralisée, laquelle a emporté le malade en moins de 48 heures.

CONCLUSIONS

I. — Les formes cliniques de la tuberculose de la région iléo-cæcale sont multiples.

A. — La plus fréquente est la tuberculose hypertrophique, le tuberculome généralisé à tout le segment iléo-cæcal. Il évolue en trois périodes nettement distinctes :

1° Une première période, de début, où il n'existe que des troubles fonctionnels, douleurs, alternatives de diarrhée et de constipation.

2° Une deuxième période où la tumeur, siégeant au niveau de la fosse iliaque droite, concentre sur elle toute l'attention du chirurgien.

3° Une troisième période, pas constante, car une intervention contrarie souvent l'évolution naturelle de la maladie. Cette troisième période est caractérisée par l'apparition d'abcès et de fistules.

L'affection, laissée à elle-même, se termine habituellement par la mort, de deux à dix années après le débnt.

B. — La tuberculose, au lieu d'envahir tout ou la plus grande partie du segment iléo-cæcal, peut se cantonner en un point seulement de ce segment, formant une petite tumeur bien limitée.

C. — Quelquefois aussi, avec des parois intestinales paraissant indemnes, la tuberculose envahit les ganglions tributaires du segment iléo-cæcal. Ici encore, elle forme une tumeur limitée.

D. — A côté de ces cas, avec tumeur, grosse ou petite, on en rencontre d'autres où le bacille de Koch, détruisant la paroi intestinale, donne naissance à des péritonites généralisées ou à des péritonites localisées, des abcès et des fistules de la fosse iliaque droite, sans tumeur.

II. — Reconnaître la tuberculose hypertrophique à la période de début, avant l'apparition de la tumeur, est à peu près impossible. A la deuxième période, le diagnostic avec l'actinomycose, le cancer et les tumeurs cæcales purement inflammatoires est quelquefois difficile. A la troisième, les fistules d'origine osseuse, appendiculaire, de l'actinomycose, peuvent encore prêter à confusion.

Le doute ne sera pas préjudiciable au malade et n'arrêtera pas le chirurgien : l'intervention doit être la règle dans tous les cas de tumeurs ou de fistules de la région iléo-cœcale.

Le diagnostic des autres formes cliniques ne se fait le plus souvent qu'au cours d'une intervention ou d'une autopsie.

III. — Sitôt le tuberculome reconnu, la résection du segment iléo-cæcal s'impose.

La tumeur sera abordée par une incision pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite.

Après résection, on rétablira toujours le cours des matières. La tendance de la chirurgie actuelle est d'abandonner l'entérorraphie circulaire et l'anastomose termino-latérale, pour l'anastomose latéro-latérale, par sutures. Cette anastomose latéro-latérale unira presque toujours la fin de l'iléon au côlon transverse.

Quand on se trouvera en présence d'une tumeur trop

fortement adhérente, ou d'abcès, de fistules, on pratiquera l'exclusion bilatérale de l'anse malade avec implantation d'un ou des deux bouts de l'anse exclue à la peau.

Les tuberculoses limitées seront traitées par des résections limitées, qu'il s'agisse de la paroi intestinale, ou des ganglions précæcaux.

La tuberculose avec abcès et fistules, sans tumeur, sera justiciable de l'exclusion bilatérale.

La péritonite généralisée par perforation sera suivie de la laparotomie, de l'enfouissement de la perforation, puis du drainage de la cavité abdominale.

Vu :
Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1888. **Girode.** — *Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux*, Thèse de Paris.

1889. **Bouilly.** — *Conyrès français de Chirurgie.*

Czerny. — *Centralbl. für Chir.*, p. 297.

Suchier. — *Berl. klin. Wochens.*

1890. **Czerny.** — *Beiträge für klinis. Chir.*

Duguet. — *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, février.

Roux. — *Revue médicale de la Suisse romande*, p. 299.

1891. **Bland-Sutton.** — *Brit. med. journ.*

Broca. — *Bull, de la Soc. anatomique de Paris*, décembre.

Hartmann et Pilliet. — *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, juillet.

Lyon. — *Gazette des hôpitaux*, novembre.

Pilliet. — *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, novembre.

Roux. — *Revue médicale de la Suisse romande*, p. 688.

1892. **Billroth.** — *Arch. für klinis. Chir.*, Berlin.

Bouilly. — *Bull. de la Soc. chirurgie*, Paris, 2 mars.

Broca. — *Bulletin de la Société anatomique*, 4 mars.

Czerny. — *Beitr. für. Chir.*

Estor. — *Revue générale*, Montpellier.

Hochenegg. — *Wien. klin. Woch.*, n° 27, p. 390.

Kœnig (de Gœttingen). — *Deutsche Zeitschrift für. Chir.*, p. 65.

Le Bayon. — *De la typhlite tnberculeuse chronique*, Thèse de Paris, G. Steinheil, éditeur.

Marchand. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 16 mars.

Nannotti. — *Rivista gener. italiana de clin. medica.*

Reynier. — *Bulletin de la Société chirurgie.* Paris, 2 mars.

Reclus. — *Bulletin de la Société chirurgie.* Paris, 15 juin.

Richelot. — *Bulletin de la Société chirurgie*, Paris, 23 mars.

Sachs. — *Arch. für klin. Chir.*

Salzer. — *Beitr. z. Chir. Festschrift Billroth.*

Terrier. — *Bulletin de la Société chirurgie*, Paris, 17 février.

Zahlmann. *Hospitalstidende*, n° 36. Copenhague.

1893. **Benoit.** — *Tuberculose locale de la région ilio-cæcale*, th. de Paris, G. Steinheil, éditeur.

1894. **Baillet.** — *De la résection du segment iléo-cæcal de l'intestin*, thèse de Paris, G. Steinheil, éditeur.
Coquet. — *De la variété chirurgicale des tumeurs cæcales tuberculeuses*, thèse de Paris, G. Steinheil, éditeur.
Kœrte (de Berlin). — *Mercredi médical*, décembre.
M. R. Marie. — *Bull. de la Soc. anatomique*, juin.
Obalinski. — *Centralbl. für. Chir.*, nº 49, S. 1193.
Reclus. — *Clinique chirurgicale de la Pitié.*
Tissier. *Bull. de la Soc. anatomique*, 5 janvier.
1895. **Auscher.** — *Bull. de la Soc. anatomique*, Paris, novembre.
Aynès. — *Recherches et considérations sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuses*, Thèse de Bordeaux.
Funke. — *Prager med. Woch.*, nos 32 et 33.
Kœrte. — *Deuts. Zeits. für Chir.*, vol. 40.
Wiesinger. — *Münchener med. Woch.*, p. 969 et 1133.
1896. **L. Courtillier.** — *Bull. de la Soc. anatomique*, 12 juin.
Nové-Josserand. — *Société des sciences médicales de Lyon*, dans *Lyon médical*, avril
Steinthal. — *Korresp d. Wurt. arzt. Landesvereins* nº 5 et *Centralb. für. Chir.* 107.
Ullmann. — *Wien. klin. Woch.*, p. 659.
Von Eiselsberg. — *Wien. klin. Woch.*, p. 201.
Wœlfler. — *Vorh. d. utsrch. ges. für Chir.* et *Prazer med. Woch.*, p. 13.
Wiesinger. — *Münch. med. Wochens.*, p. 1062.
1897. **Barrow.** — *Lancet*, London, t. I, p. 1411.
Carel. — *Résection de l'anse iléo-cæcale*, thèse de Paris, G. Steinheil, éditeur.
Chavannaz et Carrière. — *Bull. de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, mai.
Herbert W. Page. — *The Lancet*, 3 juillet.
Julliard. — *Revue médicale de la Suisse romande.*
Tuffier. — *Revue de Gynécologie*, p. 691.
Villeneuve. — *Marseille médical*, p. 101.
1898. **Apert.** — *Presse médicale*, 14 décembre.
Benoît. — *Gazette des hôpitaux*, avril.
Bezançon et Lapointe. — *Presse médicale*, 18 mai.
Cathelin. — *Presse médicale*, juillet.
Claude. — *Bull. Société de biologie*, décembre.
Conrath. — *Beitr. für klin. Chir.*, Bd. XXI, p. I.
Hugel. — *Arch. für klin. Chir.*, Bd. LXII, p. 758.
Guinard. — *Traité chirurgie* Le Dentu et Delbet, t. VIII.

Itié. — *De la tuberculose intestinale à forme hypertrophique.* Th. Montpellier.
Lavisé. — *Annales de la Société belge de Chirurgie.*
Poncet et Bivard. — *Traité de l'actinomycose humaine.*
1899. **Bernay**. — *Sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle.* Th. Lyon.
Caussade et **Charrier**. — *Archives générales de médecine,* avril.
G. Marchant et **Demoulins**. — *Bull. Soc. Chir.*, juin.
Oppenheim et **Laubry**. — *Arch. gén. de médecine*, p. 642.
Vautrin. — *Congrès de chirurgie*, Paris.
1900. **Bérard**. — *Société de chirurgie*, Lyon, 3 mai.
Gayet. — *Société de chirurgie*, Lyon, 5 mai.
Nové-Josserand. — *Société de chirurgie*, Lyon, 5 mai.
Peyrot. — *XIV^e^ Congrès de chirurgie.*
Schwartz. — *XIII^e^ Congrès international des sciences médicales, section de chirurgie générale.*
Tuffier. — *Presse médicale*, n° 15.
1901. **Delore** et **Patel**. — *Rev. de chirurg.*, p. 305, 669 et 797.
Drucbert. — Thèse de Lille.
Rastouil. — *L'appendicite chronique d'emblée.* Th. Paris.
Roskoschny. — *Deuts. Zeitschr. für Chir.*, Leipzig, p. 407.
Roux. — *Soc. belge de Chirurgie*, 16 février.
1902. **Dieulafoy**. — *Semaine médicale*, 8 octobre.
Gérard-Marchant. — *Chirurgie du gros intestin.*
Sikora. — *De l'entéro-anastomose latérale dans le traitement de l'anus artificiel et des fistules stercorales.* Th. Paris, G. Steinheil, éditeur.
1903. **Routier**. — *Bulletin Société de chirurgie.* 2 décembre.
Lance. — *Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin*, Paris.
1904. **Alglave**. — *Etude sur le traitement chirurgical de la tub. du segment iléo-cæcal de l'intestin*, Th. Paris, G. Steinheil, éditeur.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Chapitre premier. — **Formes cliniques de la tuberculose chirurgicale de la région iléo-cæcale**	9
Chapitre II. — **Diagnostic**	33
Chapitre III. — **Traitement**	54
Observations	79
Conclusions	163
Index bibliographique	167

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).